

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NE (TRSM) KAYITLI PSİKOTİK
BOZUKLUĞU BULUNAN HASTALARIN TRSM PROGRAMINA KATILIM
SIKLIKLARINA GÖRE SOSYAL İŞLEVSELLİK, İÇGÖRÜ VE İLAÇ UYUMU
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

BEGÜM KAYA

GAZİANTEP-2019

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NE (TRSM) KAYITLI PSİKOTİK
BOZUKLUĞU BULUNAN HASTALARIN TRSM PROGRAMINA KATILIM
SIKLIKLARINA GÖRE SOSYAL İŞLEVSELLİK, İÇGÖRÜ VE İLAÇ UYUMU
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN

BEGÜM KAYA

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. OSMAN TOLGA ARICAK

GAZİANTEP-2019



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
YÜKSEK LİSANS KABUL VE ONAY FORMU

Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Begüm KAYA tarafından hazırlanan “Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’ne (TRSM) Kayıtlı Psikotik Bozukluğu Bulunan Hastaların TRSM Programına Katılım Sıklıklarına Göre Sosyal İşlevsellik, İlgörü ve İlaç Uyumu Açısından Karşılaştırılması” başlıklı tez, 15/01/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi

Unvanı, Adı ve Soyadı

İmzası:

Kurumu/Üniversitesi

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK

Jüri Başkanı

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Jüri Üyesi

Prof. Dr. Ayşe AYÇİÇEĞİ DİNN

İstanbul 29 Mayıs Üniversitesi

Jüri Üyesi

Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL

Hasan Kalyoncu Üniversitesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mazlum ÇELİK
Enstitü Müdürü

TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’ne (TRSM) Kayıtlı Psikiyatrik Hastaların TRSM Programına Katılım Sıklıklarına Göre Sosyal İşlevsellik, İlgörü ve İlaç Uyumu Açısından Karşılaştırılması**” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

İMZA

Begüm KAYA

ÖNSÖZ

Tez hazırlık sürecinde bilgi, deneyim ve yardımlarını esirgemeyen, çekinmeden her soruyu sorabilmeme olanak sağlayan, kendisinden çok şey öğrendiğim, her daim ilgili ve anlayışlı davranan değerli tez danışmanım Prof. Dr. Osman Tolga Arıcağ hocama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ölçekleri uygulama konusunda bana destek olan sevgili meslektaşım Psikolog Sedef Tekgöz'e, veri toplama sürecinde katılımcılara ulaşmada bana kolaylık sağlayan Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde bilgi işlem personeli olarak çalışan Hülya Şahan'a, Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi sorumlu hekimi Uzm. Dr. Murat Acar'a, yine Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışan, veri toplama sürecinde desteklerini her zaman hissettiğim Ergoterapist Leyla Kaya'ya, Sosyal Çalışmacı Salman Güvenç'e, Hemşire Kadriye Tuz'a ve Hemşire Nurhan Özdemir'e teşekkürlerimi sunarım.

Konu belirleme sürecinde fikirlerini belirterek katkı sağlayan Uzm. Dr. Neslihan Şahin ve Uzm. Dr. Ali Haydar Küçüktüfekçi'ye çok teşekkür ederim.

Bu süreçte beni her zaman motive eden, bilgi ve deneyimlerini paylaşan sevgili arkadaşım Klinik Psikolog Hazal Örnek'e desteklerinden ötürü çok teşekkür ederim.

Desteklerini ve varlıklarını her koşulda hissettiğim, her zaman olduğu gibi bu süreçte bana güvenen ve yanımda olan, sevgili anne ve babama, kardeşlerim İsmail ve Gizem Kaya'ya en derin sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Gaziantep, 2019

Begüm Kaya

ÖZET

Bu çalışmada Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne (TRSM) kayıtlı hastaların TRSM programına katılım sıklıklarına göre sosyal işlevsellik, içgörü ve ilaç uyumu açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmanın çalışma grubu, Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne Mart 2017 itibarıyla en az bir yıldır kayıtlı olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve belirlenmemiş organik olmayan psikoz tanısı almış, 20-70 yaşları arasında ($\bar{X}= 42.70\pm 10.07$), 10'u kadın, 95'i erkek olmak üzere 105 hastadan oluşmaktadır. Veri toplama araçları olarak Sosyo-demografik Bilgi Formu, Sosyal İşlevsellik Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği ve Morisky Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Çalışma sonucunda TRSM programına katılım sıklığı fazla olan hastaların sosyal işlevsellik ve içgörü açısından daha iyi düzeyde oldukları ve düşük düzeyde ilaç uyumuna sahip hastaların orta ve yüksek düzeyde uyuma sahip hastalara göre anlamlı düzeyde daha az katılım gösterdikleri saptanmıştır. Elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Sosyal İşlevsellik, İçgörü, İlaç Uyumu

ABSTRACT

In the present study, it was aimed to compare the social functioning, insight level and drug compliance of the patients enrolled in the Community Mental Health Center (CMHC) according to their frequency of participation in CMHC program. The sample of the study consisted of 105 patients (10 female and 95 Male) registered for at least one year as of March 2017 in Şahinbey Community Mental Health Center and diagnosed with schizophrenia, schizoaffective disorder, and unspecified psychosis not due to a substance or known physiological condition. The age range of the participants was 20-70 and the average was calculated as 42.70 ± 10.07 . Sociodemographic information of the participants was collected, and The Social Functioning Scale, Schedule for Assessing the Three Components of Insight, Morisky's Questions-Self Report Measure of Adherence were administered. The study results revealed that patients with high frequency of participation in CMHC program had a better level of social functioning and insight, and patients with low level of drug compliance had significantly less participation than those with moderate and high compliance. The findings were discussed in accordance with the literature.

Key Words: The Community Mental Health Center, social functioning, insight, drug compliance

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ.....	1
1.1 Problemin Durumu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.2.1. Araştırma Soruları	5
1.3. Araştırmanın Önemi	6
1.4. Araştırmanın Sayıltıları	6
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	7

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	8
2.1. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	8
2.1.1. Tanım.....	8
2.1.2. Tarihçe	9
2.1.3. Epidemiyoloji	10
2.1.4. Etiyoloji	10
2.1.5. Tanı.....	11

2.1.5.1. DSM-5-TR Şizofreni Tanı Ölçütleri (F20.9)	11
2.1.5.2. DSM-5-TR Şizoduygulanımsal (Şizoaffektif) Bozukluk Tanı Ölçütleri (F25) ...	12
2.1.5.3. DSM-5-TR Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikoza Giden Diğer Bozukluk (F29)	13
2.1.5.4. Gidiş ve Sonlanım.....	13
2.1.6. Tedavi	14
2.1.6.1. İlaç Tedavisi.....	14
2.1.6.2. Elektrokonvulzif Tedavi	15
2.1.6.3. Psikososyal Tedaviler	15
2.1.7. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik.....	16
2.1.8. Şizofreni ve İçgörü	18
2.1.9. Şizofrenide Tedaviye Uyum.....	18
2.2. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	19
2.2.1. Dünya’da Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri	19
2.2.2. Türkiye’de Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri	21
2.2.3. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Çalışmalar	23

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırma Deseni.....	26
3.2. Evren ve Örneklem.....	26
3.3. Veri Toplama Araçları	27
3.3.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu	28
3.3.2. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)	28
3.3.3. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ).....	29
3.3.4. Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ).....	30
3.4. Verilerin Toplanması.....	30

3.5. Verilerin Analizi.....	31
-----------------------------	----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR	32
-----------------------	-----------

4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık Özelliklerine Dair Bulgular.....	32
---	----

4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçlarından Elde Edilen Puanlara Ait Betimleyici İstatistikler.....	33
--	----

4.3. Araştırma Sorularını Değerlendirmeye Yönelik Bulgular	34
--	----

4.3.1. Çalışma grubunda yer alan hastaların sosyal işlevsellik ve iç görü düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılaşmakta mıdır?	35
---	----

4.3.2. Çalışma grubunda yer alan hastaların ilaç uyum düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir bağıntı var mıdır?	36
--	----

4.3.3. Çalışma grubunda yer alan hastaların sosyal işlevsellik ve iç görü düzeyleri medeni durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?	37
---	----

4.3.4. Çalışma grubunda yer alan hastaların ilaç uyum düzeyleri medeni durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?	39
---	----

4.3.5. Çalışma grubunda yer alan hastaların sosyal işlevsellik ve iç görü düzeyleri ile TRSM'ye kayıtlı oldukları süre, hastalığın başlangıç yaşı ve TRSM programına katılım sıklığı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?	40
---	----

4.3.6. Hastaların TRSM programına katılım sıklıklarına göre sosyal işlevsellik puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?	41
--	----

4.3.7. Hastaların TRSM programına katılım sıklıklarına göre iç görü puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?	43
---	----

4.3.8. Çalışma grubunda yer alan hastaların ilaç uyum düzeylerine göre TRSM'ye kayıtlı oldukları süre, hastalığın başlangıç yaşı ve katılım sıklığı farklılaşmakta mıdır?.....	44
--	----

4.3.9. Çalışma grubunda yer alan hastaların aldıkları tanıya göre TRSM programına katılım sıklıkları arasında anlamlı bir fark var mıdır?	45
---	----

4.3.10. Hastaların TRSM programına katılım sıklığı ile yaşları, hastalığın başlangıç yaşı ve TRSM'ye kayıtlı oldukları süre arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?.....	46
---	----

4.3.11. Hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumları ve birlikte yaşadıkları kişilere göre TRSM programına katılım sıklıkları arasında anlamlı bir fark var mıdır?.....47

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA 49

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER..... 53

6.1. Sonuç..... 53

6.2. Öneriler..... 54

KAYNAKÇA 56

EKLER..... 65

Ek 1. Sosyo-demografik Bilgi Formu..... 65

Ek 2. Sosyal İşlevsellik Ölçeği 66

Ek 3. Üçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği 76

Ek 4. Morisky Uyum Ölçeği..... 78

Ek 5. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurul İzni..... 79

Ek 6. İzin Yazısı 80

Ek 7. Katılımcı Onam Formu 82

Ek 8. Katılımcıların Sosyal İşlevsellik Düzeylerinin TRSM Katılım Sıklıklarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin LSD Post Hoc Analiz Sonuçları..... 83

Ek 9. Katılımcıların İç görü Düzeylerinin TRSM Katılım Sıklıklarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin LSD Post Hoc Analiz Sonuçları..... 84

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Örneklem İlişkin Betimleyici Bulgular	27
Tablo 2. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre Dağılımları	32
Tablo 3. Hastaların TRSM Programına Katılım Dağılımlarına Dair Betimleyici İstatistikler	33
Tablo 4. Ölçme Araçlarından Elde Edilen Puanların Dağılımları.....	33
Tablo 5. Hastaların Tedavi Uyum Düzeylerine Göre Dağılımları	34
Tablo 6. Hastaların Sosyal İşlevsellik ve İçgörü Puan Sıra Ortalamalarının Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 7. Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması.....	36
Tablo 8. Hastaların Sosyal İşlevsellik ve İçgörü Puan Sıra Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 9. Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması ...	39
Tablo 10. Hastaların Sosyal İşlevsellik ve İçgörü Düzeyleri ile TRSM'ye Kayıtlı Oldukları Süre, Hastalığın Başlangıç Yaşı ve Katılım Sıklığı Arasındaki İlişki.....	40
Tablo 11. Katılımcıların Sosyal İşlevsellik Düzeylerinin TRSM Programına Katılım Sıklıklarına Göre Karşılaştırılması.....	42
Tablo 12. Katılımcıların İçgörü Düzeylerinin TRSM Programına Katılım Sıklıklarına Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 13. Hastaların İlaç Uyum Düzeylerine Göre TRSM'ye Kayıtlı Oldukları Süre, Hastalığın Başlangıç Yaşı ve Katılım Sıklığının Karşılaştırılması	45
Tablo 14. Hastaların Tanılarına Göre TRSM Katılım Sıklıkları Arasındaki Fark	46
Tablo 15. Hastaların TRSM Programına Katılım Sıklıkları ile Yaş, Hastalığın Başlangıç Yaşı ve TRSM'ye Kayıtlı Oldukları Süre Arasındaki İlişki.....	46
Tablo 16. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Katılım Sıklıklarının Karşılaştırılması	47
Tablo 17. Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Katılım Sıklıklarının Karşılaştırılması	47
Tablo 18. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Katılım Sıklıklarının Karşılaştırılması	48
Tablo 19. Hastaların Birlikte Yaşama Durumlarına Göre Katılım Sıklıklarının Karşılaştırılması	48

KISALTMALAR LİSTESİ

TRSM	:	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHO	:	World Health Organization
PANNS	:	Pozitif ve Negatif Belirtileri Saptama Ölçeği
DSM-5	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	:	Elektrokonvulzif Terapi
USH	:	Ulusal Sağlık Hizmeti
SIÖ	:	Sosyal İşlevsellik Ölçeği
İÜDÖ	:	İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği
MUÖ	:	Morisky Uyum Ölçeği

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1 Problem Durumu

Şizofreni, dünya genelinde 21 milyondan fazla insanı etkileyen kronik ve ciddi bir akıl hastalığıdır (World Health Organisation [WHO], 2018). Şizofreni, algı, düşünce, duyu ve davranışlarda ciddi düzeyde bozulmalara yol açan, kişinin toplumdan ve gerçek hayattan koparak kendine özgü bir dünya oluşturduğu, bu durumun neticesinde de işlevsel olmanın önemli oranda azaldığı; genel olarak gençlik veya genç yetişkinlikte başlangıç gösteren bir hastalıktır (Birsöz, 2013: 62). Şizofreni hastalığının en kötü sonuçlarından biri toplumsal alanda işlevselliğin bozulmasıdır. Tuhaf mimikler, göz ile iletişim kuramama, diyalog halindeyken cevapları uzun süre bekleyerek verme, duygusal anlamda yakınlık sağlamada zorlanma, kişinin sosyal ortamda ilişkiler oluşturmasını engeller (Söylemezoğlu ve Cansever, 1999). Şizofreni hastaları, genellikle kendilerini izole etmeyi tercih eder, arkadaşları ve aileleri yanında bile kendilerini rahatsız hissederler (Glynn, 2003). Bu nedenle sosyal ilişkiler de ciddi anlamda bozulmaktadır.

Şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin tedavisinde yalnızca ilaç ve hastanede yapılan tedavi tamamen iyileşme ve mesleki-sosyal işlevsellik için yeterli değildir (Yıldız, 2009). İlaçlar genellikle tedavinin gerekli bir bileşeni olup rezidüel nörokognitif bozulmanın yaygın yapısı, ergenlik ve yetişkin gelişimini işaret eden sosyal ve işlevsel bozukluklar göz önüne alındığında nadiren yeterli olmaktadır. Bundan dolayı uzunca bir süre, şizofreni hastalığının sağaltımındaki asıl amaç psikozun önüne geçmek ve bunun neticesinde de hastaları hastane ortamından uzak tutabilmek olmuştur. Böylece hastaların hastane ortamının dışında olabilmeleri ve sosyal ortamlarda bulunabilmeleri amaçlanmıştır. Bilhassa 1952'den sonra reçete edilmeye başlanan antipsikotik ilaçlar ile bu amaç önemli ölçüde gerçekleştirilmiştir. Psikozun önüne geçilmesinin düzelmeye faydası olsa da kişinin işlevselliğine önemli düzeyde faydası olmamıştır. Bu durum günümüzde toplumsal psikiyatri ve rehabilitasyon bakımlarına yönelik sağaltım yöntemlerinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Birsöz, 2013: 65).

Şizofreni hastalarının tedavisinde, son yıllarda farmakolojik tedaviyle birlikte ruhsal toplumsal tedavi yöntemlerinin de oldukça faydalı olduğu görülmektedir (Ensari, Gültekin, Karaman, Koç ve Beşkardeş, 2013). Psikiyatrik rehabilitasyon, şizofreni hastalarına daha

zengin ve daha tatmin edici bir yaşam fırsatı sunmaktadır (Glynn, 2003). Bu nedenle Yıldız (2005b), farklı beceri eğitimleri ve tedavilerle sosyal ortamlara katılımları artan hastaların işlevselliklerindeki iyileşmenin korunması ve devam ettirilebilmesi amacıyla toplumsal örgütlenmelerle (dernek, kulüp, vakıf gibi) desteklenmesi gerektiğini önermiştir. Böylece psikosozal müdahalelerin hastanın genel işlevsellik düzeyi, yaşam kalitesi ve reçete edilen tedaviye uyum bağlamında kapsamlı bir rol oynayabileceği düşünülmektedir (Bellack, 2001). İdame kimyasal tedaviye psikosozal tedavi eklendiğinde, ilaç ve standart bakım ile ilişkili relapslara kıyasla relaps oranlarının %50'ye kadar azaldığı konusunda kanıtlar mevcuttur (Hogarty ve Ulrich, 1998). Şizofreni hastalarında psikosozal tedavi ile standart tedavinin karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada, psikosozal tedavi gören hastaların daha büyük ölçüde iyileştikleri gözlenmiştir (Fernandez vd., 1999).

Amerika Birleşik Devletlerinde 1960'lı yıllarda Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) kurulmaya başlanmıştır; TRSM'lerin hem başarılı olduğuna dair hem de beklenen başarıyı yakalamadığına dair görüşler ortaya atılmıştır. Ülkemizde hastaneyi temel alan modelden toplumu temel alan modele geçilme kararı Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni ile 2006 yılında alınmıştır. Bu amaçla ilk olarak 2008 yılında Bolu'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezi açılmış, pilot çalışmalara 2009 yılı Nisan ayında başlanmış ve sonuçlar incelenerek Şubat 2011'de yönerge çıkartılarak tüm ülkede yaygınlaştırılması sağlanmıştır (Esen-Danacı vd., 2011: 612). Uz Gül, Öztürk Can, Kılıçaslan Şahin, Şahin ve Şimşek (2014) tarafından yapılan çalışmada Kırıkkale TRSM'de takip edilen hastaların sosyodemografik verilerinin değerlendirilmesi ve merkezin etkinliğinin araştırılma çalışması yapılmıştır. Şizofreni tanılı hastaların TRSM'ye kabul edildiklerinde Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ortalaması 20.9 iken, TRSM katılımları sonrasında yapılan değerlendirmede Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği ortalaması 16.5 olmuştur. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği değerlerindeki bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Şizofreni, daha önce de ifade edildiği gibi, karakteristik olarak sosyal rol işlevlerinde (örneğin, bir eş ya da çalışan olarak) bozulmanın olduğu, fiziksel hastalık belirtilerinin artmış oranda eşlik ettiği ve düşük yaşam kalitesini içeren kronik bir hastalıktır (Bellack, 2001). Arslan, Yazıcı, Yılmaz, Coşkun ve Kurt (2015) tarafından yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre; psikosozal tedavi alan hastaların ilaç uyum düzeyleri ve içgörülerinin arttığı, klinik semptomların şiddetinde azalma olduğu, daha az hastaneye yatış olduğu ve sosyal işlevsellik düzeylerinin arttığı görülmüştür.

Bolu TRSM’de yapılan bir çalışmanın bulgularına göre ise TRSM’ye devam eden hastaların yaşam kalitelerinin, genel ve sosyal işlevsellik düzeylerinin arttığı, yeti yitiminin ise azaldığı bulunmuştur (Ensari vd., 2013). Güney Kore’de Na ve arkadaşları (2016) tarafından toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinin erken psikozlu hastalarının semptomları ve sosyo-mesleki işlevleri üzerine etkisini araştıran çalışma sonuçlarına göre; bir yıllık izleme süresince, ilaçlara uyum oranı yükselmiş, iyileşme oranı önemli oranda artmış; Pozitif ve Negatif Belirtileri Saptama Ölçeği (PANSS), Psikotik Belirti Derecelendirme Ölçeği, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Kişilerarası Duyarlılık Ölçeği puanlarında zaman içinde belirgin düzelme saptanmıştır. Araştırma bulguları, erken psikozlu bireylerin çeşitli toplum temelli psikososyal müdahalelerle iyileştirilebileceğini ortaya koymaktadır.

Şizofreni hastaları ile yapılan bir diğer çalışmada, çalışmaya katılan hastaların % 57.4’ünün içgörüsünün olmadığı saptanmıştır. Sonuçlar kötü içgörünün, şizofreni hastalığının yaygın bir özelliği olduğunu göstermektedir (Amador vd., 1994). İçgörü düzeyi düşük olan şizofreni hastalarının tedaviye katılım oranları da düşüktür (Lysaker, Bell, Milstein, Bryson ve Beam-Goulet, 1994). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada, tedaviye uyumu olan hastaların içgörülerinin, tedaviye uyumu olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Umut, Altun, Danışmant, Küçükparlak ve Karamustafalıoğlu, 2012). Eryıldız (2008) tarafından yapılan bir çalışmada psikososyal rehabilitasyon programına katılan şizofreni hastalarının, programa katılmayanlara göre hastaneye yatış oranının daha düşük, aktif hastalık belirtilerinin daha az, içgörülerinin daha yüksek, yeti yitiminin daha düşük ve sosyal işlevselliklerinin daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.

Şizofreni hastalarında tedaviye uyum sağlama bir diğer önemli problemdir. Hastaların ilaçlarını, tedavilerini aksatmaları ya da bırakmaları, hastalığın tekrarlaması, devamlılığının olması ve yıkıcılığının artmasına sebep olmaktadır (Yıldız, 2005b). Hemen hemen her çalışmada, ilaçlarla yeterince dengelenemeyen hastaların psikolojik tedaviden de yararlanamadıkları bulunmuştur (Marder, 2000). Şizofreni ve şizoaffektif hastaların ilaç uyumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların % 19.2’si tedaviye uyumsuzluk göstermiştir. İlaç uyumsuzluğu olan hastaların hastalık belirtilerini de tanımakta zorlandıkları saptanmıştır. Ayrıca her beş hastadan yaklaşık bir tanesinin, hastaneden taburcu olduktan sonraki ilk üç ay içinde, bir hafta ya da daha fazla süreyle ilaç almayı bıraktıkları bulunmuştur (Olfson vd., 2000). Antipsikotik kullanan hastalarla yapılan bir diğer çalışmaya göre; ilaç uyumu yüksek olan hastalar, ilaç uyumu düşük olanlara göre psikolojik yan etkileri daha az

yaşamaktadır (Yılmaz ve Buzlu, 2012). İlaç tedavisi ile psikososyal tedavilerin birlikte uygulanması, hastaların ilaç tedavisine uyumlarını, genel işlevselliklerini ve hayat kalitelerini arttırmaktadır (Söylemezoğlu ve Cansever, 1999). Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların büyük bir çoğunluğunun ilaç uyum düzeylerinin düşük olduğu, ilaç uyum düzeyi yüksek olan hastaların, arkadaş ve özel birinin desteğini hisseden hastalar olduğu saptanmıştır (Kelleci ve Ata, 2011). Tüm bu çalışmalar, psikoz hastalarını tedavisinde ilaç uyumu ile birlikte uygulanan psikososyal tedavilerin birlikteliğinin ve sürekliliğinin ne kadar etkili olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Yapılan çalışmalarda, psikiyatrik tedavilerdeki devamsızlık oranlarının diğer hastalıklara göre daha yüksek olduğu bildirilmiş olup, ruhsal sağlık hizmeti verenler için devamsızlık oranlarının azaltılması öncelikli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (Filippidou, Lingwood ve Mirza, 2014).

Ülkemizde TRSM ve psikososyal tedavilerin etkinliği ile TRSM'lere devam konusunda az sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan bu az sayıdaki çalışmalar TRSM'lerin ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların daha iyiye gitmesinde etkili olduğu görüşünü desteklemektedir.

Ülkemizde TRSM'ye katılım sıklığıyla ilgili bugüne kadar sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada TRSM'ye düzenli devam eden, aralıklı devam eden ve devam etmeyen hastaların yakınlarının bakım yükü algısı incelenmiştir. Hasta yakınlarının bakım yükü algısının, TRSM'ye düzenli devam eden grupta, diğer iki gruba göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Donyağı, 2016). Ekim 2018 itibariyle Springerlink, Ovid-Lww, Ebsco Host, Science Direct, Taylor and Francis, Ulakbim ve YÖK tez veritabanlarında yapılan araştırma sonucu TRSM programına katılım sıklığının hastaların sosyal işlevselliği, ilaç uyumu ve içgörü kazanımları açısından etkili olup olmadığıyla ilgili bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne katılım sıklığının hastaların daha iyiye gitmesini sağlayıp sağlamadığının incelenmesi bu çalışmanın ana eksenini oluşturmaktadır. Ensari ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada TRSM'lerin ilaç uyumuna etkisi konusunda da çalışmalar yapılması önerildiği için bu çalışmada ilaç uyumunun da incelenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde bulunan Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı hastaların TRSM'ye katılım sıklıklarının sosyal işlevsellik, içgörü ve ilaç uyumuna etki edip etmediğine bakılması amaçlanmıştır.

1.2.1. Araştırma Soruları

1. Çalışma grubunda yer alan hastaların sosyal işlevsellik ve iç görü düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılaşmakta mıdır?
2. Çalışma grubunda yer alan hastaların ilaç uyum düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir bağıntı var mıdır?
3. Çalışma grubunda yer alan hastaların sosyal işlevsellik ve iç görü düzeyleri medeni durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?
4. Çalışma grubunda yer alan hastaların ilaç uyum düzeyleri medeni durumlarına farklılaşmakta mıdır?
5. Çalışma grubunda yer alan hastaların sosyal işlevsellik ve iç görü düzeyleri ile TRSM'ye kayıt süresi, hastalığın başlangıç yaşı ve TRSM programına katılım sıklığı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
6. Hastaların TRSM programına katılım sıklıklarına göre sosyal işlevsellik puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
7. Hastaların TRSM programına katılım sıklıklarına göre iç görü puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
8. Çalışma grubunda yer alan hastaların ilaç uyum düzeylerine göre TRSM kayıt süresi, başlangıç yaşı ve katılım sıklığı farklılaşmakta mıdır?
9. Çalışma grubunda yer alan hastaların aldıkları tanıya göre TRSM programına katılım sıklıkları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

10. Hastaların TRSM'ye katılım sıklığı ile yaş, hastalığın başlangıç yaşı ve TRSM'ye kayıtlı olunan süre arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
11. Hastaların cinsiyetlerine göre katılım sıklıkları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
12. Hastaların eğitim düzeylerine göre katılım sıklıkları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
13. Hastaların medeni durumlarına göre katılım sıklıkları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
14. Hastaların birlikte yaşadığı kişilere göre katılım sıklıkları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Başta şizofreni olmak üzere kronik ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavisinde TRSM'lerin oldukça etkili olduğu görülmektedir. Bu hastalarda sadece ilaç tedavisiyle tam iyileşme sağlanamadığı bilinmektedir. TRSM'lerde ilaç tedavisine ek olarak hastalara psikososyal müdahalelerde bulunularak hastaların sosyal yaşama daha iyi uyum sağlamaları, hayatlarını sürdürebilmeleri için gerekli işlevleri kazanmaları, hasta ve hasta yakınlarının hastalık hakkında bilgi edinmeleri gibi alanlarda beceriler geliştirmelerine çalışılmaktadır. Son yıllarda ülkemizde TRSM sayısının artmaya başlamasıyla birlikte TRSM'lerin etkililiğini araştıran çalışmalar da yapılmaya başlanmıştır. Bununla birlikte bu çalışmaların yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir. Yine uluslararası literatürde TRSM'ler ile ilgili birçok çalışma bulunmasına rağmen TRSM programına katılım sıklığının sosyal işlevsellik, içgörü ve ilaç uyumuna etkisi yeterli düzeyde incelenmemiştir. Bu nedenle bu çalışmanın literatüre de katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Sayıtları

Araştırmaya katılan kişilerin ölçeklerdeki sorulara samimi ve doğru yanıtlar verdikleri varsayılmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırma şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve belirlenmemiş organik olmayan psikoz tanısı almış hastalarla sınırlıdır.
2. Bu araştırma Temmuz 2017- Haziran 2018 dđnemleri arasında toplanan veriler ile sınırlıdır.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

2.1.1. Tanım

DSM-5 Ruhsal Bozukluklar Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, tüm psikotik bozuklukları şizofreni spektrum bozukluğu şemsiyesi altında sınıflandırır (Iati ve Waford, 2016: 8).

Şizofreni, geçen yüzyıldan beri ruh hekimliğini en çok uğraştıran, fakat bugün bile çeşitli yönleri tam açıklanmamış bir ruhsal bozukluktur. 19. Yüzyıldan kalma bir etkiyle halk arasında korku uyandıran bu hastalık genç yaşta başlayan, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe-kapanım (otizm) dünyasında yaşadığı; düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü ağır bir ruhsal bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 242).

Şizoaffektif bozukluk, Amerikan Psikiyatri Birliği kategorilendirmesinde şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar bölümünde, Dünya Sağlık Örgütü kategorilendirmesinde ise şizofreni ve sanrı bozukluklar bölümünde yer almaktadır (Esen-Danacı vd., 2018: 220). Şizoaffektif bozukluk, aynı nöbet içinde duygudurum ve şizofrenik semptomların aynı anda veya birkaç gün ara ile beraber görüldüğü ve ataklarla gelen bir bozukluktur (Dünya Sağlık Örgütü, 1993: 96).

Psikotik bozukluklar birçok farklı alanda zayıflatıcıdır. Hastalık ile yaşayan bireylerin yaşadığı kafa karıştırıcı ve korkutucu belirtilere ve bu zorluklardan kaynaklanan kişilerarası sorunlara ek olarak, okul ve iş hayatında işlevsellikleri önemli oranda azalmaktadır. Hastalığın erken dönemlerinde (genç erişkinliğe kadar ergenlik), okulu ve işleri bırakma ya da bu gelişim döneminde ortaya çıkan eğitim ve eğitim için kritik fırsatları değerlendirememesi sorunları görülür (Iati ve Waford, 2016: 19).

2.1.2. Tarihçe

19. yüzyılın ilk yarısında, ruhsal hastalıklarla ilgilenen doktorlar tarafından belirli bir belirti şekli ve etiyolojik kuram olmaksızın ruhsal hastalıkları ve kişilik bozukluklarını tanımlamak için psikoz terimi ilk kez kullanılmıştır. E. Bleuler 1911 senesinde psikozu, bireyin topluluk içerisindeki davranışlarının önemli düzeyde bozulması olarak tanımlamıştır (Arkonaç, 1986: 73).

M.Ö. 1550 senesinde Eber papirüsünde bulunan “Kalplerin Kitabı” şizofreni hastalığına benzeyen hallerden bahseden ilk kitap olarak düşünülmektedir (Mete, 2014: 45).

Şizofreni belirtileri, Eski Çağ Sanskrit yazılarında ve Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan doktorların yazılarında betimlenmiştir. Orta Çağ Avrupası’nda şeytanın hâkimiyetinde olduğuna inanılan ruh hastalarının büyük bir kısmının şizofreni hastaları olduğu düşünülebilir. 1860 yılında Morel “Demence precoce” (erken bunama) kelimesini kullanmıştır. Hecker 1871 yılında “hebefreni”yi ve Kahlbaum 1874 yılında “katatoni”yi tanımlamaları sonrasında 1896’da Kraepelin, paranoid ve basit türleri bu iki hastalığa eklemiş olup, tamamını “dementia praecox” olarak tanımlamıştır. Bu hastalıkta olması gereken iki şey erken başlangıç ve bunamadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 242).

Bleuler, bu rahatsızlığın mutlaka erken başlangıçlı olması gerekmediğini ve muhakkak demansla sonlanmayacağını düşünüyordu. 1908 yılında Bluer şizofreni terimini literatüre kazandırmıştır. Yunan kökenli olan bu kelime schizein (bölmek) ve phren (zihin) sözcüklerinden oluşmaktadır (Kring, Jhonson, Davison, ve Neale, 2015: 256).

1933 yılında ilk defa şizoaffektif psikoz terimini Kasanin kullanmıştır (Esen-Danacı vd., 2018: 220). Karl Kahlbaum Kasanin’den çok daha önceki dönemlerde bu hastalık grubunu “vesania typica circularis” şeklinde tanımlamıştır. Emil Kraepelin, bazı hastaların erken bunama (demantia precox) ile manik-depresif psikoz arasında olduğunu belirtmiştir. Kurt Schneider, şizoaffektif bozukluğu zamanımızdaki tanıma en benzer şekilde tanımlamış ve bu tür hastaları “aradaki olgular” şeklinde isimlendirmiştir (Esen-Danacı vd., 2018: 220-221).

Şizofreni hastalığı, günümüzde klinik bir sendrom olarak kabul edilmekte ve biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenler de dahil olmak üzere büyük bir model olarak düşünülmektedir (Yavuz, 2008).

2.1.3. Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü, 2004 yılında şizofreni hastalığı tanısı almış 26.3 milyon kişi olduğunu bildirmiştir (WHO, 2004).

Şizofreni hastalığının yaygınlığını araştıran çalışmaların sistematik olarak tanımlanması amacıyla yapılan gözden geçirme çalışmasına göre, 1000 kişiden 4.6'sı belirli bir zaman noktasında hastalığa sahipken, her 1000 kişiden 3.3'ü hastalığı bir ile 12 aylık bir izleme döneminde geçirmektedir. Yaşam boyu yaygınlık (hastalığa yakalanmış nüfustaki kişi sayısı) her 1000 kişide 4.0 ve yaşam boyu hastalığa yakalanma riski her 1000 kişide 7.2'dir (Saha, Chant, Welham ve McGrath, 2005). 1990-2003 yılları arasında şizofreni yaygınlığı ile ilgili yayınlanmış çalışmaları değerlendiren diğer bir çalışmada, yaşam boyu yaygınlık % 0.48 olarak belirtilmiştir (Simeone, Ward, Rotella, Collins ve Windisch, 2015).

Türkiye'de psikotik bozukluk yaygınlık tahminlerini gözden geçirme çalışması sonuçlarına göre, toplum genelinde şizofreni hastalığının yaygınlığı 1000 kişi de 8.9 olarak belirlenmiştir (Binbay, Ulaş, Elbi ve Alptekin, 2011). İzmir'de şizofreni ve psikotik belirti bozukluklarının hayat boyu yaygınlığının araştırıldığı çalışmada, affektif olmayan psikotik bozuklukların yaygınlığı % 1.42 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada şizofreni yaygınlığı % 0.74, şizoaffektif bozukluk yaygınlığı % 0.20 olarak bulunmuştur (Binbay vd., 2012).

Şizoaffektif bozukluğun hayat boyu görülme sıklığının % 0.3 olduğu düşünülmektedir. Bu bozukluğun kadınlarda görülme oranı erkeklere göre daha yüksektir (Köroğlu, 2015: 30).

2.1.4. Etiyoloji

Psikotik bozukluğunun gelişimine katkıda bulunan iki önemli faktör vardır: Bunlar, genetik/kalıtım, stres veya travmadır (Iati ve Waford, 2016: 11). Psikoz veya şizofreni hastalığı, biyolojik ve çevresel etkenlerin bir araya gelmesiyle oluşur. Buna psikiyatrik literatürde "gen-çevre" etkileşimi denmektedir (Birsöz, 2013: 80).

Şizofreni hastalığının ortaya çıkışında genetik etmenler daha etkili olmakla birlikte çevresel etmenler de rol oynamaktadır. Şizofreni, günümüzde çok faktörlü bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Kalıtsal yatkınlığın önemli etkisinin olmasının yanında, bu yatkınlığın

hastalıkla neticelenmesi diğer etkenlerin de var olmasıyla ilgilidir. Bu etkenlerin çoğu çevreseldir ve mutasyonlara sebep olmaları, gen ekspresyonu üzerine etkileri nedeniyle biyolojik nitelik taşırlar (Ertuğrul, 2005).

2.1.5. Tanı

Şizofreni hastalığının tanısı için herhangi bir biyolojik belirleyici veya test yoktur. Yapılan biyokimyasal ve beyin görüntüleme çalışmaları neticesinde şizofreni hastalığına özgü bir bozukluk bulunamamıştır. Bu konuda ulaşılan sonuçlar, sağlıklı bireylerden birtakım farklılıklar göstermekle beraber, bu durum hastalığa özgü bir patolojinin göstergisi olarak kabul edilmemektedir. Tanı, psikiyatri uzmanının muayenesi, aile ve yakınlardan alınan bilgiler ile konulur (Birsöz, 2013: 62).

2.1.5.1. DSM-5-TR Şizofreni Tanı Ölçütleri (F20.9)

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan 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 anlaşılma konuşma).

4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.

5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiüçlü (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğın (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygu durum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 49-50).

2.1.5.2. DSM-5-TR Şizoduygulanımsal (Şizoaffektif) Bozukluk Tanı Ölçütleri (F25)

A. Yeğın (majör) bir duygudurum dönemiyle (yeğın depresyon ya da mani dönemi) eşzamanlı olarak şizofrenin A tanı ölçütünün karşılandığı, kesintisiz bir hastalık sürecinin olması.

NOT: Yeğın depresyon dönemi A 1 tanı ölçütünü kapsamalıdır: Çökkün duygudurum.

B. Hastalığın yaşam boyu süresince, yeğın bir duygudurum döneminin (depresyon ya da mani dönemi) olmadığı iki ya da daha çok hafta, sanrılar ya da varsanılar bulunur.

C. Yeğın bir duygudurum döneminin tanı ölçütlerini karşılayan belirtileri, hastalığın açık ve artakalan kesiminde, toplam sürenin büyük bir çoğunluğunda bulunur.

D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 51).

2.1.5.3. DSM-5-TR Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk (F29)

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukların belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 62).

2.1.5.4. Gidiş ve Sonlanım

Psikotik semptomların ilk kez ortaya çıkması bazen birdenbire, bazen yavaş yavaş olur. Hastalığın ilk 5-10 yılında zaman zaman psikotik semptomların olduğu alevlenmeler, bazen de belirtilerde azalmalar görülür. Negatif semptomlar, hastalığın yatışma döneminde artarak devam eder. Hastalık nöbetleri tedavi ile ya da kendi kendine geçer. Bazı hastalarda pozitif semptomlar seneler boyu devam edebilir. Bazı hastalarda hastalık uzun yıllar devam ederken bazı hastalar kısmen ya da tamamen düzelebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 271-272).

Şizofreni hastaları antipsikotik tedaviye yanıtları, remisyon seviyeleri, nüksetme eğilimi, hastalık kalıntısı gelişimi ve hastalığın kronikleşmesi açısından önemli ölçüde değişkenlik gösterirler (Lieberman ve Sobel, 1993).

Şizofreni hastaları ile yapılan uzun dönemli bir takip çalışmasında hastaların yarısı ile üçte ikisi kadarında üretkenlik, sosyal katılım, genel sağlık, işlevsellik açısından iyileşme görülmüştür. Bu durum DSM-III'teki şizofreni hastalarının kötü sonuçlanacağını öngören ifadeyle örtüşmemektedir (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss ve Breier, 1987).

Sonlanımın en iyi yordayıcıları kroniklik ölçütleri olmaya devam etmektedir. Örneğin; hastalık öncesi süreç, hastalık öncesi uyum ve işlevsellik düzeyi hastalık nöbeti ve yatış sayısıdır (Lieberman ve Sobel, 1993).

2.1.6. Tedavi

Son yıllarda tedavi türleri daha fazladır ve gelişmiştir. Modern tedavinin bütünleştirici olması gerekmektedir. Bütünleştirici tedavide faydalanılması gereken alanlar, farmakoterapi, soruna özgü psikoterapiler, rehabilitasyon hizmetleri, ruhsal-egitici müdahaleler, toplumsal destekler, kendine yardım ve hasta yakınlarıyla işbirliğidir (Amering ve Schmolke, 2017: 175-176).

Psikotik bozukluğu olan birçok birey, hastalığın seyri boyunca birden fazla ortamda tedavi görür. Yatarak tedavi, kendisine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara uygulanır. Ayakta tedavi, özel muayenehane, toplum klinikleri, günlük tedavi ve psikososyal rehabilitasyon programları gibi çeşitli ortamlarda gerçekleşir. Günlük tedavi ve psikososyal rehabilitasyon programları, bireysel terapi, grup terapisi ve rehabilitasyon tedavisinin kombinasyonunu içeren planlanmış programlardan oluşur (Iati ve Waford, 2016: 19-20).

2.1.6.1. İlaç Tedavisi

Psikoz tedavisinde antipsikotik ilaçlar kullanılır. Bu ilaçlar esasen şizofreni tedavisi için kullanılan ilaçlar olmakla birlikte her psikozun tedavisinde de kullanılmaktadır (Yüksel, 1998: 59). Günümüzde antipsikotik ilaçlar, tipik antipsikotikler (dopamin antagonistleri) ve

atipik antipsikotikler (serotonin-dopamin antagonistleri, enzimler ve kısmi dopamin agonistleri) olmak üzere iki türdür (Anıl Yağcıoğlu, 2005).

Uzmanlar artık, çoğu klinik durumdaki şizofreni için birinci basamak tedavi olarak yeni kuşak atipik antipsikotik ilaçları önermektedir (McEvoy, Patricia, Scheifler ve Frances, 1999: 12). Hastalarda başkalarına zarar verme riski, intihar riski, şiddetli deorganizasyon, akut psikotik belirtiler, kazara yaralanma riski olduğunda hastaneye yatış gerekmektedir (McEvoy vd., 1999: 20).

2.1.6.2. Elektrokonvulzif Tedavi

Elektrokonvulzif Terapi (EKT), ilaçların etki etmediği ajite olmuş veya katatonik hastalarda semptomların azaltılması amacıyla kullanılır (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 306).

EKT tedavisinin, psikotik ve intihar riski olan hastalarda psikiyatrik semptomları azalttığı yönünde çalışmalar mevcuttur (Weinstein ve Fischer, 1967).

2.1.6.3. Psikososyal Tedaviler

Gündüz tedavi programları ve psikososyal rehabilitasyon programları, bireysel terapi, grup terapisi ve iyileşme tedavisinin birleşimini sağlayan planlanmış programlar içerir. Genel olarak misyonları, hastaların topluma yeniden uyum geliştirmesine yardımcı olmaktır (Iati ve Waford, 2016: 20).

Psikososyal tedavilerdeki yeni gelişmeler şizofreni ve başka ciddi ruhsal hastalıkları olan kişilerin, yaşam kalitesini iyileştirmeyi vaad etmektedir (Mueser ve Bond, 2000). İlaç tedavisine ek olarak ruhsal ve toplumsal tedavi yöntemlerinin yaşam kalitesi, hastalık belirtileri ve toplumsal alanda işlevsellik üzerinde iyi yönde etkilerinin olduğunu bildiren birçok araştırma bulunmaktadır (Yıldız, 2005a).

Psikososyal Beceri Eğitiminin sağladığı yararları saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada, Küçükçekmece TRSM'ye kayıtlı, 30 kişi çalışma grubu ve 30 kişi kontrol grubu olmak üzere 60 hasta alınmıştır. Çalışma grubunda bulunan 30 hastaya Psikososyal Beceri Eğitimi verilmiştir. Eğitimin başında ve sonunda iki gruba da uygulanan ölçeklerin puanları

karşılaştırıldığında, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği toplam puanlarında, negatif belirtiler alt ölçeği ve genel psikopatoloji alt ölçeği puanlarında azalma saptanmıştır. Çalışma grubunda, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği, Şizofreni Hastaları Yaşam Niteliği Ölçeği ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği puanlarında eğitim sonrasında iyileşme olduğu bulunmuştur (Söğütü, 2014).

Geleneksel tedavi alan ve psikososyal tedavi alan şizofreni hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada hastalar, tedavinin başladığı zaman ve tedavi başlangıcından bir yıl sonra değerlendirilmiştir. Psikososyal rehabilitasyon alan hastaların ilaç tedavisine uyumları daha fazla, randevulara devamlılıkları daha yüksek, sosyal işlevselliklerinin daha iyi, nüksetme oranının ve yeniden hastaneye yatışlarının daha az ve belirtiler açısından iyileşmenin daha fazla olduğu saptanmıştır (Valencia vd., 2010).

Psikososyal rehabilitasyonun şizofreni hastaları üzerinde etkilerini değerlendiren bir diğer çalışmada, psikososyal tedavi sonrasında hastaların, Yeti Yitimi Değerlendirme Çizelgesi ve Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalama Ölçeği puanlarında düşüş olduğu saptanmış olup, katılımcılardan 16 tanesiyle yapılan görüşme sonuçlarına göre, psikososyal tedavi ile hastaların özsayıgularının gelişiminde ve hastalık hakkında bilgilerinde artış, risk alma davranışında ve sosyal izolasyonda azalma, olumlu sosyal davranış ve para yönetimi konusunda gelişme ve gelir oluşturma faaliyetlerine katılım ile birlikte toplumda kabul görmede artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Brooke-Sumner, Selohilwe, Mazibuko ve Petersen, 2018).

2.1.7. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellik, kendi bakımını sağlayabilme, çalışabilme becerileri ve kişilerarası ilişkileri devam ettirebilme şeklinde tanımlanmaktadır (Erol, Keleş Ünal, Tunç Aydın ve Mete, 2009).

Şizofreni hastalarının toplumsal yanlarının yok olmasına, negatif belirtilerin varlığı neden olur. Kişilerin, ruhsal ve sosyal işlevselliğini bozan etmenler, keyif alma yetisinin, fikir üretiminin, istek ve arzusunun yok olması, duygusal yaşantının azalmasıdır. Konuşmak, tartışmaya girmek, fikir üretmek, organizasyonlar yapmak, duyguları anlatabilme, ilişkileri

geliştirmek ve çalışma/iş yürütmek gibi alanlarda bariz olarak yetersizlikler görülür (Esen-Danacı vd., 2018: 536).

Şizofreni hastaları toplumdaki dışlanma, sosyal ve mesleki rollerin gerekliliklerini yerine getirmekte zorlanma ve iletişim problemleri gibi sıkıntılar yaşamaktadır (Esen-Danacı vd., 2018: 537).

Kendine yetebilme, yalnız yaşayabilme, sağlıklı iletişim kurabilme, bireysel ve sosyal becerileri azalan hastaların, beceri eğitimine ihtiyaçları vardır (Yıldız, 2005a). Hastaların yaşam kalitesini artırma ve nüksleri önlemek için, eğitime başlamayı, sürdürmeyi veya çalışmayı isteyen kişilere destek veren hizmetler önemli bir etkiye sahiptir. Yaşam kalitesinin artırılması ve patolojinin azaltılmasında, topluma katılım ve sosyal ağ büyük ölçüde yarar sağlayan değişkenlerdir (Amering ve Schmolke, 2017: 177).

Şizofreni hastaları ile sağlıklı kişilerin sosyal işlevsellik puanı karşılaştırıldığında şizofreni hastalarının aldıkları puanların daha düşük olduğu bulunmuştur (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton ve Copestake, 1990). Sosyal işlevsellikteki bozukluklar uzun zamandır şizofreni hastalarının temel bir özelliği olarak kabul edilmiştir. Psikiyatrik rehabilitasyon programlarının önemli bir hedefi, şizofreni hastalarının sosyal davranışlarının iyileştirilmesidir (Torres, Mendez, Merino ve Moran, 2002).

Graham, Arthur ve Howard (2002) tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastaları, depresyon tanısı almış hastalara göre yerel toplumdaki daha fazla izole oldukları ve daha az boş zaman aktivitelerinde buldukları rapor edilmiştir.

Malezya'nın kuzey bölgesinde 258 şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların % 69'unun toplumda sosyal işlevselliklerinin tatmin edici düzeyde olmadığı ve katılımcıların neredeyse yarısının yaşam kalitelerinden memnun olmadıkları saptanmıştır (Mubarak, 2005). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir diğer çalışmada, içgörünün az ve semptom şiddetinin fazla olduğu hastaların sosyal işlevsellik düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Brissos, Balanza-Martinez, Dias, Carita ve Figueria, 2011).

2.1.8. Şizofreni ve İçgörü

İçgörü kişilerin hastalıklarının farkında olması ile birlikte hastalıklarının dünya ile olan etkileşimlerini nasıl etkilediğini anlaması olarak tanımlanabilir (Markova ve Berrios, 1992). İçgörünün en az üç boyuta sahip olduğu öne sürülmüştür: a) hastalık hakkında farkındalık, b) psikotik deneyimleri anormal olarak değerlendirebilme, c) tedaviye uyum (David, 1990).

Şizofreni hastalarında içgörü genellikle zayıftır (Mintz, Dobson, ve Romney, 2003). İçgörünün kazanılması şizofrenide en çetrefilli ve en önemli konudur (Yıldız, 2005a).

Amador ve arkadaşları (1993) tarafından yapılan bir çalışmada hastalık semptomlarını ruhsal bozukluğuna atfetmeyen hastaların tedaviye daha az uyum gösterdikleri ve daha fazla kişilerarası problemleri olduğu öne sürülmektedir.

Hastalığı tanımak şizofreni hastalarına ve ailelerine hastalıkla mücadele etmeyi ve baş etmeyi kolaylaştırmakla birlikte hastaların hastalıklarıyla ilgili beklenti düzeylerini ayarlamalarını sağlar. Tedavinin gerekçelerini kavramak ve tedavi uyumunun gelişmesi için hastalığı anlamak önemlidir (Yıldız, 2011: 5).

Tan Kartal'ın (2013) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada, hastanın içgörüsü arttıkça pozitif, negatif ve genel belirtilerin şiddetinin azaldığı saptanmıştır. Yen, Yeh, Chen ve Chung (2002) tarafından yapılan çalışmada, içgörüsü yüksek olan şizofreni hastalarının daha iyi sosyal uyum gösterdikleri ve hastaneye daha az yatışların olduğu saptanmıştır.

2.1.9. Şizofrenide Tedaviye Uyum

Dünya Sağlık Örgütü tedaviye uyumu hastanın tıbbi talimatları yerine getirme derecesi olarak tanımlamıştır (WHO, 2003: 61).

Şizofreni hastalığında tedavi uyumsuzluğu belirleyen etmenler şunlardır; hastalık kaynaklı etmenler (içgörü psikotik belirtiler ve şiddeti), hasta kaynaklı etmenler (kontrole gelme, yaş, eğitim süresi, karakter özellikleri), tedavi kaynaklı etmenler (hekim hasta ilişkisi, hastaya yapılan tıbbi müdahalenin doğruluğu, tanının yanlış konulması, doktorun ilacı yanlış şekilde kullanması, ilaç yan etkileri, eş tanı olması, hastanın günlük antipsikotik alma sıklığı,

antipsikotik ilaçlara bağı cinsel işlev bozukluğunun olması), toplum-sistem kaynaklı etmenler (damgalanma, hastalığa karşı önyargılar, stresli olaylar, sosyal destek, aile desteği) (Esen-Danacı vd., 2018: 458-462).

Fiziksel hastalığı olan kişilere göre ruhsal hastalığı oluşan kişilerde tedavi uyumsuzluğu daha sık görülür. Antipsikotik ilaç kullanan hastalar tavsiye edilen ilaç miktarının % 58'ini, antidepresan ilaç kullanan hastalar ise tavsiye edilen ilaç miktarının % 65'ini almaktadır. İlaç uyumu fiziksel hastalığı olan kişilerde % 76'dır (Cramer ve Rosenheck, 1998). Tedavinin gereklerini yerine getirme konusunda psikotik hastalar genellikle isteksizlerdir (Söylemezoğlu ve Cansever, 1999).

Tedaviye uyumsuz olan hastalarda daha büyük relaps, hastaneye yatış ve intihar riski daha yüksektir (Higashi vd., 2013).

Kao ve Lui (2010) tarafından yapılan çalışmada, ilaç uyumu iyi olan hastaların içgörülerinin daha iyi, psikopatolojik durumunun daha az şiddetli olduğu ve antipsikotik ilaçların yan etkilerine karşı daha az olumsuz tepkilerinin olduğu saptanmıştır. 25 makalenin dahil edildiği bir derleme çalışmasında ilaç uyumuyla ilgili altı faktör saptanmıştır. Bunlar; içgörü, daha önceki ilaçlara uyumun öyküsü, atipik antipsikotiklerin türü, ilaç hakkında olumlu tutum, daha az şiddetli psikotik belirtiler ve sosyal destektir (Tham vd., 2016).

2.2. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

2.2.1. Dünya'da Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Dünya'da ruh sağlığı alanında bulunan hizmet modelleri; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modelidir. Toplum temelli model, 1960'lı yıllarda ilk olarak İtalya'da, aynı anda İngiltere, Almanya ve Fransa'da geçilen ve DSÖ tarafından tavsiye edilen bir modeldir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Geçtiğimiz onlarca yıl içinde, henüz tamamlanamamış olan psikiyatrik hizmetlere ve tedaviye yönelik önemli reformlar başlatılmıştır. Önceki yıllarda hâkim olan hastane odaklı psikiyatrinin yerini, odak noktası toplum olan ve bütünleştirilmiş hizmet modelleri almıştır (Amering ve Schmolke, 2017: 174). 1948 yılında İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmeti (USH)

yürürlüğe girmiştir. USH'nin ana hedefi, halkın ihtiyaçları göz önünde bulundurularak sağlık hizmetine bütüncül yaklaşan yerel bir sistem meydana getirmektir (Ulaş, 2008). 1963 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde çıkarılan yasa ile TRSM'ler için önemli maddi olanaklar sağlanmıştır. İtalya'da 1978 yılındaki devrim ile birlikte ülkedeki büyük hastaneler kapatılmıştır (Esen-Danacı, vd., 2018: 599-600).

Hastane temelli model gelişmiş ülkeler tarafından 1960'lı yıllardan itibaren, hastalıktan korunma, tedavi sonrasında iyilik döneminin devam ettirilmesinde yeterli olmadığı ve insan hakları ihlallerine neden olduğu için bırakılmaya başlanmıştır (Alataş, Karaoğlan, Arslan ve Yanık, 2009).

Ağır ruhsal bozukluğu olan ve hastanede uzun dönemler yatırılan hastalar, toplum temelli ruh sağlığı modelinin hedef aldığı kitledir. Birçok Avrupa ülkelerinde son otuz yılda toplum temelli ruh sağlığı modeline geçilmiştir. Toplum temelli ruh sağlığı modelinin üzerine kurulduğu üç öge; a) coğrafi temelli hizmetin yapılandırılması, b) ekip anlayışı temelinde çok yönlü hizmet verilmesi, c) toplum ruh sağlığı merkezleri, bakım merkezleri, koruyucu evler, korumalı iş merkezleri, hastaneler içerisinde psikiyatri servislerinin tanımlanmış bölgelere açılmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Avrupa Birliği'ne üye on beş ülkenin (AB15) tamamı, geleneksel hastane temelli psikiyatrik bakım modelini ortadan kaldırmak ve ağır ruhsal bozuklukları olan kişiler için stratejiler geliştirmiştir (Caldas de Almeida ve Killaspy, 2011: 6).

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin başarılı bir şekilde geliştirilmesi için olması gereken bileşenler şu şekilde sıralanmıştır:

- Genel hastanelerde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ve psikiyatri ünitelerinin geliştirilmesi,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak tedaviyle bütünleştirilmesi,
- Fiziksel sağlık koşullarının değerlendirilmesine ve tedavisine eşit erişim,
- Psikososyal ağın gelişimi (Farklı türlerde desteklenen konut tesisleri, mesleki ve boş zaman etkinlikleri, mesleki rehabilitasyon programları, istihdamın desteklenmesi ve sosyalleşmeye yönelik ihtiyaç duyulan diğer faaliyetler),
- Daha karmaşık ihtiyaçları olan kişiler için özel kurumsal hizmetlerin geliştirilmesi,
- Ruh sağlığı personelinin eğitimi,

- Damgalama ve sosyal dışlanmaya karşı mücadele,
- Ailelere destek,
- Hizmet alan hastaların ve bakıcıların bakımın tüm alanlarında katılımı,
- Araştırmaya teşvik etme,
- Sağlanan bakım kalitesini denetlemek için sağlam sistemlerin kurulması,
- Akıl hastanelerinde bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve hastaların akıl hastanelerinden çıkarılıp, topluma kazandırılmasıdır (Caldas de Almeida ve Killaspy, 2011: 13-15).

2.2.2. Türkiye’de Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Ülkemizde toplum temelli modele geçiş, Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında Ruh Sağlığı Politika Metni’nde tavsiye edilmiş ve bu politikada hastane temelli modelden, toplum temelli modele geçilme kararı alınmıştır. Nisan 2009’da Sağlık Bakanlığı tarafından Toplum Ruh Sağlığı Merkezi açma kararı alınmış ve Şubat 2011’de pilot çalışmalarının neticeleri değerlendirilerek yönerge yayımlanmış ve uygulanmaya başlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

Türkiye’de ilk olarak Mayıs 2008’ de Bolu Ruh Sağlığı Hastanesi’ne bağlı olarak Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) açılmıştır. Ülkemizde toplum temelli modelin hedefleri; ağır ruhsal bozukluğu olan kişilerin TRSM tarafından kayıt edilerek, takip edilmesi, hastanede yatan ve ihtiyacı olan hastaların ileriki dönemlerde açılması planlanan korumalı evler ve yarı-yol evlerinde kalmaları ve korumalı iş merkezlerinde çalışmalarının sağlanmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

TRSM’lerin her 100-300 bin nüfusa karşılık gelecek şekilde açılması planlanmıştır. TRSM’ler, kendine bağlı olan bölgede bulunan ağır ruhsal rahatsızlığı olan kişilere ve ailelerine bilgiler verildiği, hastanın ayaktan tedavi edildiği ve izlendiği, ergoterapi, psikoeğitim, rehabilitasyon, kişisel terapi ve grup terapisi gibi metotların kullanılarak hastaların toplumsal becerilerini arttırmayı amaçlayan ve gerektiğinde hastalara ev ziyaretlerinin yapıldığı merkezlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011b).

TRSM tarafından kabul edilen kişiler, yakın zaman önce hastaneden taburcu edilmiş ya da hastaneye yatış riski taşıyan ve psikotik ve diğer ağır ruhsal bozukluklar sebebiyle

tedavi ve psikososyal müdahalenin gerekli olduğu ya da ağır ruhsal bozukluk sebebiyle işlevselliği büyük oranda azalmış olan hastalardır. Öncelikli olan hastalar, hastaneye sık yatan ve sık yatma eğilimi olanlardır (Engelli Bireyler İçin Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi, b.t.).

TRSM ekiplerinde bulunması gereken personeller; psikiyatri hekimleri, hemşireler, sosyal çalışmacılar, psikologlar ve iş uğraş terapistleridir (Engelli Bireyler İçin Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi, b.t.).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin Çalışma Esasları;

- Merkez, ağır psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilere verilen ruh sağlığı hizmetini bütüncül değerlendirmek ve bu hastaların hizmetlerden en iyi şekilde faydalanması için takım anlayışı ile tüm önlemleri almak, bağlı bulunduğu sağlık tesisi ve diğer alakalı kuruluşlarla eşgüdüm ve işbirliği içerisinde çalışmak, tescil gününden itibaren en az bir sene içerisinde hizmet ettiği alanın stratejik planını hazırlamak, uygulamak ve neticelerini takip etmek ve değerlendirmekle sorumludur. Merkez, hastalara özel psikososyal yardım programları oluşturarak rehabilitasyon sürecini devam ettirir.
- Merkeze devam eden kişilerin, ilaç tedavisine uyup uymadığı, ilaçların doğru şekilde ve zamanda kullanıp kullanmadığı, yan etki oluşma durumu gibi süreçler takip edilir.
- Merkeze devam etmeyen hastalarla veya hasta yakınlarıyla iletişime geçilerek, hastaların evde ziyaret edilmesi ve bu ziyaretler sırasında tedavisinin uygulanması, hastanın ve hasta yakınının bilgilendirilmesi ve hastanın merkeze yönlendirme çalışmalarının yapılması gerekir. Merkezde veya evde izlenme esnasında herhangi bir nedenden ötürü hastalık semptomlarında alevlenme olduğu saptandığında hastanın yatış için yataklı bir psikiyatri kliniğine nakil edilmesi sağlanır.
- Yeni saptanan veya daha önceden saptanmış olan, durumlarında farklılık görülen hastalarla ilgili olarak hastaneye yatış, bakım, çalışma gereksinimleri karşılanmak üzere ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibata geçilip, gerekli bilgiler verilir ve yönlendirmeler yapılır.
- Merkez, ağır psikiyatrik bozukluklar ile ilgili, yerel yönetimler, bölgedeki başka sağlık kuruluşları, üniversiteler ve alakalı başka kuruluşlarla birlikte çalışarak, gerek olursa yazılı ve görsel medya vasıtasıyla toplumu

bilinçlendirme ve damgalama karşıtı çalışmalarda bulunur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011a).

2.2.3. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Çalışmalar

Standart hastane tedavisi alan hastalar ile toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan hastaların sosyal olanakları daha çok kullandıkları ve daha fazla yararlı faaliyetlerde buldukları saptanmıştır (Macpherson, Edwards, Chilvers, David ve Elliott, 2009). Toplumsal temelli tedavi ile standart tedaviyi karşılaştıran bir diğer çalışmada hastalar seçkisiz olarak iki gruba ayrılmış ve bir grup toplumsal temelli yaklaşımla takip edilmiş, diğer grup ise standart tedavi almıştır ve bu iki grup iki yıl boyunca takip edilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan bireylerin, tedaviye daha iyi uyum gösterdikleri, tedavi memnuniyetinin daha yüksek olduğu, hastanede geçirdikleri gün sayısının daha az olduğu ve maddeyi kötüye kullanma oranların önemli oranda azaldığı saptanmıştır. Hem pozitif semptomlar, hem de negatif semptomlar açısından toplum temelli tedavi, standart tedaviden anlamlı derecede daha iyi bulunmuştur (Petersen vd., 2005).

Bakırköy TRSM'ye devam eden bir hastanın tedavi sürecinin anlatıldığı bir çalışmada olgu, 30 yaşında, bekâr, erkek ve şizofreni hastasıdır. TRSM'deki tedavi sürecinden önce hastanın, mecbur kalmadıkça dışarı çıkmayan, temel öz bakım becerilerini karşılayamayan, kimseyle konuşmayan, günün büyük kısmını uyuyarak geçiren, pozitif belirtileri olduğunda annesi tarafından ilaç verilen, toplumsal ve mesleki işlevselliği yetersiz olan, tedavi uyumu olmayan, kötülük görme ve tuhaf sanrıları mevcut olan, kendini değersiz hisseden, umutsuz bir birey olduğu belirtilmiştir. TRSM'de sunulan özel uygulamalar sonucunda evden çıkmayan hastanın TRSM'ye katılımı sağlanmış, hastanın spora olan ilgisi fark edilerek spora yönlendirilmiş ve bu sayede TRSM'ye katılım sıklığı arttırılmıştır. Öz bakım ihtiyacı üzerine çalışılmış, hastanın annesine psikoeğitim verilmiştir. Hastanın zamanla özbakımı artmış, dış görünümüne dikkat etmeye başlamıştır. Merkeze kayıttan altı ay sonra hasta, toplu taşıma araçlarını yalnız kullanmaya başlamıştır. Psikoeğitim grubu ve bireysel görüşmelerle içgörü kazanması ve tedaviye uyumunun artması için çalışılmış, ilaçlarını düzenli kullanmaya başlaması sonucunda sanrılarında belirgin azalma olmuştur. Hasta, dokuzuncu aydan itibaren merkezde yer alan kütüphanede, ardından çay ocağında çalışmaya başlamıştır. Daha sonra da hastanenin genel yemekhanesinde haftanın beş günü yarım gün çalışmaya başlamıştır. Sonuç

olarak bu çalışma ile bireyin hastalık semptomları kontrol altına alınmış, sosyal ortamlarda becerilerinde artış olmuş, hastalığına dair içgörü kazanmış ve hasta mesleki alanda işlevsellik kazanmıştır (Arslan Delice, Mert Akgül ve Yıldız, 2014).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin, kronik şizofreni hastalarının yaşam kalitesi ve hastalık belirtileri üzerindeki etkilerini belirlemek, tedavi edilemeyen psikozun sonlanım sürecini saptamak amacıyla yapılan bir diğer çalışmada; Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan hastalara, ilk katıldıkları zaman ve 12. ayda Pozitif ve Negatif Belirtileri Saptama Ölçeği (PANNS: Positive and Negative Syndrome Scale) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmış olup iki ölçek skorunda da anlamlı gelişmeler olduğu görülmüştür. (Tabo, Aydın, Yumrukçal, Yiğit, Uzun ve Karamustafalıoğlu, 2017).

Brezilya'da psikososyal bakım merkezine katılım gösteren psikiyatrik bozukluğu olan kişilerle bireysel görüşmelere dayanan nitel bir çalışma sonucunda, hastalar ve hastaların sosyal çevresi, merkezde sunulan hizmetlerin kaliteli olduğunu belirtmiştir. Katılımcılar merkezi, sohbet ettikleri, yemek yedikleri, eğlendikleri, deneyimlerini kendi yollarıyla ve farklılıklarıyla paylaşabildikleri bir yer olarak tanımlamışlardır. Birçok bakım alan için, kendileri olmakta özgür oldukları ve tüm farklılıklarıyla kabul edildikleri ilk yer olarak tanımlamıştır. Hizmet, ruhsal bozukluğu olan bireylerin, günlük yaşamlarını sürdürmeleri, onlara yeni aktiviteler ve yeni ilişkiler kurabilmeleri için fırsat sağlamıştır. Bu hizmetin aynı zamanda, hastaların hastalıklarını anlamaları ve hastalıklarıyla baş edebilme şekilleri üzerinde olumlu etkileri olmuştur. Bu destek, sadece hastaların kriz dönemlerinde değil, uzun vadede ve hastaların günlük yaşamlarının her anında takip altında oldukları bir sistemdir. (Salles, Barros ve Matsukura, 2016).

Kentucky'deki TRSM'lerden duyulan memnuniyet düzeyinin değerlendirildiği bir başka çalışmada, katılımcıların genel memnuniyet, erişim, kalite, tedaviye katılım, sonlanım, işleyiş, sosyal bağlanabilirlik alanlarında görüşleri alınmıştır. Katılımcıların yaklaşık % 92'si genel memnuniyet, % 89' u erişebilirlik, % 94'ü kalite, % 82'si katılım, % 73'ü sonlanım, % 74'ü sosyal bağlanabilirlik ve % 73'ü işleyiş alanlarında olumlu yanıtlar vermişlerdir (Sohn, Barret ve Talbert, 2014).

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı almış 172 hasta ile yapılan bir çalışmada üç farklı toplum temelli tedavi programı karşılaştırılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre daha yoğun tedavinin olduğu iki programda tedavi gören hastalarda sosyal işlevsellik açısından daha fazla iyileşme görülmüştür (Brekke, Long, Nesbitt ve Sobel, 1997). Psikoeğitim verilen psikoz hastalarının içgörü düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt ve

David, 1996). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir diğer çalışmaya göre verilen psikoeğitimin hastaların içgörü geliştirmelerinde olumlu etkileri olmuştur (Macpherson, Jerrom ve Hughes, 1996). TRSM'ye kayıtlı 45 şizofreni hastası ile yapılan çalışmada katılımcılar deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Deney grubuna ‘‘Farkındalık Temelli Psikososyal Beceri Eğitimi’’ verilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre deney grubunda içgörü ölçeğinden alınan son test puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yılmaz, 2016). Özdemir, Şafak, Örsel, Karaoğlan Kahiroğulları ve Karadağ (2017) tarafından yapılan çalışmada TRSM ve poliklinikte takip edilen şizofreni hastaları karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucuna göre TRSM grubundaki hastalar Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği'nden daha yüksek puanlar almışlardır.

Psikotik bozuklukların gelişmesinde biyolojik ve çevresel etkenler etkili olmaktadır. Psikotik bozukluğu olan bireyler birçok alanda sorun yaşarlar ve işlevsellikleri ciddi boyutta bozulmaktadır. Günümüzde şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların tedavisinin bütüncül olması gerektiği düşünülmektedir. İlaç tedavisine ek olarak bireysel psikoterapiler, grup terapileri, psikoeğitim, toplumsal destekler, hasta yakınları ile işbirliği gibi çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Varga, Endre, Bugya, Tenyi ve Herold (2018), yapmış oldukları çalışmada şizofreni hastalarının tedavisinde antipsikotik ilaçların yanında toplum temelli psikososyal tedavilerin mümkün olan en erken zamanda sağlanmasının önemli olduğunu vurgulamışlardır. İlaç tedavilerine ek olarak yapılan bu çalışmaların uygulanması amacıyla TRSM'ler kurulmuştur. Ülkemizde her geçen gün yeni TRSM'ler açılarak bu hizmetler yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır. Toplum temelli tedaviler, kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin hastalık belirtilerini ortadan kaldırmak ya da hafifletmenin yanında yaşam kalitelerini de iyileştirmeyi hedeflemektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırma Deseni

Bu çalışmada, TRSM'ye kayıtlı olan hastaların TRSM programına katılım sıklıklarının içgörü, sosyal işlevsellik ve ilaç uyumuna etkisine bakıldığından nicel araştırma yöntemlerinden korelasyonel araştırma deseni kullanılmıştır. Korelasyonel araştırma, iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi bu değişkenler üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan inceleyen araştırma yöntemidir. (Büyüköztürk, Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demir, 2015: 184).

3.2. Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evreni, Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne Mart 2017 itibarıyla en az bir yıldır kayıtlı olan şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve belirlenmemiş organik olmayan psikoz tanısı almış 186 hastadan oluşmaktadır. Çalışmada amaçlı ve uygun örnekleme tekniği kullanılmıştır. Araştırmaya, Şahinbey TRSM'ye kayıtlı şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve belirlenmemiş organik olmayan psikoz tanısı almış hastalardan ulaşılabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 105 hasta dâhil edilmiştir. Amaçlı örnekleme, çalışmanın hedefine bağlı olarak bilgi bakımından zengin durumların belirlenerek ayrıntılı araştırılmasını sağlayan, belli kriterleri karşılayan ya da belli özellikleri olan bir veya daha fazla özel durumlarda çalışılmak istenildiğinde tercih edilen, araştırmacının belirlenen durumlar bağlamında tabiat ve toplum olaylarını veya olguları kavramaya ve bu durumlar arasındaki ilişkileri bulmaya ve izah etmeye çalıştığı tekniktir (Büyüköztürk vd., 2015: 90). Uygun örnekleme, araştırmacının kolaylıkla elde edebileceği bir örneklemden verilerin toplanması şeklinde tanımlanmaktadır (Büyüköztürk vd., 2015: 92). Katılımcılar araştırma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmiş olup, katılımcılardan çalışmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair yazılı onam alınmıştır. Katılımcılara istedikleri zaman uygulamayı sonlandırma hakkına sahip oldukları belirtilmiştir. Dışlama ölçütleri, kişinin psikotik alevlenme döneminde olması, kişide ek olarak mental retardasyon ve alkol-madde kullanım bozukluğunun olması şeklinde belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların 10'u (%9.5) kadın, 95'i (%90.5) erkek hastadan

oluşmaktadır ve yaşları 20 ile 70 arasında değişmektedir ($\bar{X}= 42.70\pm 10.07$). Örneklem ilişkini betimleyici bulgular Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Örneklem İlişkin Betimleyici Bulgular

Değişken		f	%
Cinsiyet	Kadın	10	9.5
	Erkek	95	90.5
Öğrenim Durumu	Okuryazar	19	18.1
	İlkokul	63	60
	Ortaokul	18	17.1
	Lise	1	1
	Lisans	4	3.8
Medeni Durum	Bekâr	51	48.6
	Evli	41	39
	Eşinden Ayrı	13	12.4
Çalışma Durumu	Çalışıyor	8	7.6
	Çalışmıyor	97	92.4
Birlikte Yaşama Durumu	Yalnız	5	4.8
	Sadece eşi ile	4	3.8
	Eşi ve çocukları ile	35	33.3
	Anne-baba ile	48	45.7
	Diğer	13	12.4

Tablo 1’de görüldüğü üzere hastaların 10’u (%9.5) kadın, 95’i (%90.5) erkek hastadan oluşmaktadır. Hastaların 19’u (%18.1) okuryazar, 63’ü (%60) ilkokul mezunu, 18’i (%17.1) ortaokul mezunu, 1’i (%1) lise mezunudur ve son olarak 4’ü (%3.8) ise lisans düzeyinde öğrenime sahiptir. Hastaların 51’i (%48.6) bekâr, 41’i (%39) evli ve 13’ü (%12.4) ise eşinden ayrı olarak yaşadığını belirtmiştir. Hastaların 8’i (%7.6) çalışmakta, 97’si (%92.4) ise çalışmamaktadır. Hastaların 5’i (%4.8) yalnız, 4’ü (%3.8) eşi ile birlikte, 35’i (%33.3) eşi ve çocuklarıyla birlikte ve 48’i (%45.7) anne ve babası ile birlikte yaşadığını belirtmiştir. Ayrıca, hastaların 13’ü (%12.7) birlikte yaşama durumlarını “diğer” olarak tanımlamıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada katılımcılardan veri toplama işlemi, dört farklı ölçme aracı kullanılarak yapılmıştır. Bu ölçme araçları sırasıyla; (a) Sosyo-demografik Bilgi Formu, (b) Sosyal İşlevsellik Ölçeği, (c) İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği ve (d) Morisky Uyum Ölçeğidir.

3.3.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından katılımcıların yaş, doğum yeri, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumu, yalnız/birlikte yaşama durumu, çalışma durumu, TRSM'ye kayıt olduğu tarih, hastalığın başlangıç tarihi bilgilerinden oluşan sosyo-demografik veri formu oluşturulmuştur. Sosyo-demografik Bilgi Formu Ek 1'de sunulmuştur.

3.3.2. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)

Ölçek, 1990 yılında Birchwood ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin yedi alt alanı bulunmaktadır. Bu yedi alt alan şunlardır: (1) sosyal katılım/geri çekilme (yalnız kalma süresi, konuşmayı başlatabilme, sosyal kaçınma), (2) kişilerarası davranış (arkadaş sayısı, heteroseksüel ilişki, iletişim kalitesi), (3) öncül sosyal etkinlik (çeşitli yaygın sosyal aktivitelere katılım, örn: spor), (4) rekreasyon/boş zaman etkinlikleri (hobiler, ilgi alanları, uğraşlar vs.), (5) bağımsızlık-yetkinlik (bağımsız yaşam için gerekli becerileri gerçekleştirme yeteneği), (6) bağımsızlık-performans (bağımsız yaşam için gerekli olan becerilerin performansı) ve (7) iş/meslek (üretken bir işle uğraşma veya günlük faaliyetlerin yapılandırıldığı programlarda yer alma) alanlarıdır (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton ve Copestake, 1990).

SİÖ'nin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Serpil Yaprak Erakay tarafından yapılmıştır. Ölçeğin hem hasta yakını hem de hasta için formu bulunmaktadır. Bu çalışmada sadece hasta formu kullanılmıştır. Sosyal çekilme alt ölçeğinde beş madde bulunmaktadır ve bu alt ölçekten 0-15 arasında puan alınabilmektedir. Kişilerarası işlevsellik alt ölçeğinde dört madde bulunmakta olup bu alt ölçekten 0-9 arasında puan alınabilmektedir. Bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğinden 0-39, bağımsızlık-performans alt ölçeğinden 0-39, boş zamanları değerlendirme alt ölçeğinden 0-45, öncül sosyal etkinlikler alt ölçeğinden 0-66 ve iş/meslek alt ölçeğinden ise 0-10 arasında puan alınabilmektedir. Ölçeğin norm çalışması yapılmamış olup, ölçek karşılaştırılmalı çalışmalarda kullanılabilir. Güvenirlik analizinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81, değerlendirmeciler arası güvenilirlik katsayısı hastanın iki yakını için 0.94 ve hasta ile hasta yakını arasında ise 0.95 olarak elde edilmiştir. SİÖ, eşzamanlı olarak uygulanan Pozitif Belirti Değerlendirme Ölçeği ile -0.37, Negatif Belirti Değerlendirme Ölçeği ile -0.67 ve Kısa Yeti Yitimi Anketi ile -0.57

korelasyon göstermiş olup bu korelasyonlar anlamlı bulunmuştur (Aydemir ve Köroğlu, 2007: 363-364). Sosyal İşlevsellik Ölçeği Ek 2’de sunulmuştur.

3.3.3. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)

Ölçek, David tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir ve ölçekte sekiz soru bulunmaktadır. İçgörünün en az üç boyuta sahip olduğu öne sürülmüştür. Bunlar: (a) hastalığın farkında olma, (b) psikotik deneyimleri anormal olarak değerlendirebilme ve (c) tedavi uyumudur (David, 1990).

Ölçeğin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Aslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek, klinisyen tarafından uygulanır. İlk yedi sorunun en yüksek puanı 14 olup, sekizinci sorunun sorulup sorulmaması klinisyene bırakılmıştır. Bu çalışmada katılımcılara sekizinci soru sorulmamıştır. Sekizinci soru ile elde edilen en yüksek puan 18’dir. Ölçekten yüksek puan alınması içgörü düzeyinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin iç tutarlık hesaplamalarında Cronbach alfa katsayısı 0.83 düzeyinde bulunmuştur. Her bir madde için madde-toplam test korelasyon katsayıları 0.30 değerinin üstündedir. Birinci ve ikinci görüşmecilerin toplam puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, görüşmeciler arası güvenilirliğin yeterli düzeyde ($r= 0.75$, $p< 0.0001$) olduğu saptanmıştır. Ölçeğin geçerlik ölçümleri için “Markova Berrioz İçgörü Ölçeği” ($r= 0.50$, $p< 0.0001$) ve ruhsal muayenede yapılan içgörü değerlendirmesi ($r= 0.60$, $p< 0.0001$) ile karşılaştırılmış olup ölçeğin geçerli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Aslan vd., 2001). İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği Ek 3’te sunulmuştur.

3.3.4. Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ)

Ölçek Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Morisky, Green ve Lewine (1986) tarafından yapılmıştır (Cronbach alfa= 0.61). Ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Yılmaz (2004) tarafından yapılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, dördüncü madde korelasyon puanının düşük ($r= 0.43$) olduğu saptanmıştır. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.52 olarak bulunmuştur. Bunun sebebi hastaların bu maddeye aynı şekilde yanıt vermeleri ve ölçekteki soru sayısının az olmasıdır. Ölçek dört sorudan oluşmaktadır. Soruların yanıtlanması "evet/hayır" şeklinde olmaktadır. Soruların tamamına "hayır" yanıtı verilirse ilaç uyumu yüksek düzeyde, bir ya da iki soruya "evet" yanıtı verilirse ilaç uyumu orta düzeyde, üç ya da dört soruya "evet" yanıtı verilirse ilaç uyumu düşük şekilde değerlendirilir (Yılmaz, 2004). Morisky Uyum Ölçeği Ek 4'te sunulmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesi için öncelikle Hasan Kalyoncu Üniversitesi'nden Etik Kurul onayı (Ek 5) ve Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'nden uygulama izni (Ek 6) alınmıştır. Veriler, Temmuz 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmaya, dâhil edilme kriterlerini karşılayan Şahinbey TRSM'ye kayıtlı 105 kişi alınmıştır. Katılımcılara kimlik bilgilerinin çalışmada yer almayacağı bildirilmiştir. Araştırmada yer almaya gönüllü olan katılımcılara, çalışma hakkında sözlü ve yazılı bilgi verildikten sonra onam formu (Ek 7) imzalatılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler, araştırmacı ve Şahinbey TRSM'de çalışan psikolog tarafından katılımcılarla yüz yüze olarak uygulanmıştır. Ölçeklerin uygulanması için katılımcılar telefonla aranarak TRSM'ye davet edilmiştir. TRSM'ye gelmeyen ya da gelemeyen katılımcılara ölçekler, araştırmacı ve bir Şahinbey TRSM personeli ile ev ziyareti düzenlenerek katılımcıların evlerinde uygulanmıştır. Bir uygulama ortalama 20-30 dakika arasında sürmüştür.

3.5. Verilerin Analizi

Tüm verilerin analizi SPSS for Windows 23.0 programı ile yapılmıştır. Elde edilen verilerden normal dağılım göstermeyenlerde parametrik olmayan analiz yöntemleri kullanılmıştır. Sürekli verilerden ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. TRSM programına katılım sıklıklarına göre iç görü ve sosyal işlevsellik puan ortalamaları normal dağılım gösterdiğinden parametrik analiz yöntemlerinden tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin bağımsızlığı ise ki-kare testi ile karşılaştırılmıştır. Hipotez sınamalarında anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde giriş bölümünde yer alan araştırma sorularına dayalı olarak gerçekleştirilen analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Öncelikli olarak çalışma grubunda yer alan hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerini betimlemek amacıyla gerçekleştirilen betimleyici istatistiklere, daha sonrasında ise her bir araştırma sorusuna yönelik gerçekleştirilen analizlere yer verilmiştir.

4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalık Özelliklerine Dair Bulgular

Hastaların hastalık durumlarına ait özelliklerine ilişkin betimleyici istatistikler bu kısımda yer almaktadır. Buna göre hastalık tanı türüne göre dağılımlara Tablo 2’de yer verilmiştir.

Tablo 2. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre Dağılımları

Tanı	f	%
Şizofreni (F20)	56	53.3
Şizoaffektif Bozukluk (F25)	4	3.8
Belirlenmemiş Organik Olmayan Psikoz (F29)	45	42.9

Tabloda yer alan değerlere göre, çalışma grubunda yer alan hastaların 56’sı (%53.3) Şizofreni (F20), 4’ü (%3.8) Şizoaffektif Bozukluk (F25) ve 45’i (%42.9) ise Belirlenmemiş Organik Olmayan Psikoz (F29) tanısına sahiptir.

Hastaların TRSM programına katılım sürelerinin dağılımlarına ait betimleyici istatistiklere Tablo 3’te yer verilmiştir.

Tablo 3. Hastaların TRSM Programına Katılım Dağılımlarına Dair Betimleyici İstatistikler

	Min	Maks	\bar{X}	SS	Çarpıklık	Basıklık
TRSM Kayıt Süre	12	48	27.90	9.55	0.21	-1.17
Hastalık Başlangıç Yaş	12	45	23.83	7.78	1.08	0.48
Katılım Sıklık	1	236	29.01	47.31	7.14	7.05

Tablo 3'te görüldüğü gibi, hastaların TRSM'ye kayıtlı oldukları süreler 12 ile 48 ay aralığında ($\bar{X}= 27.90\pm 9.55$), hastalıklarının başlangıç yaşı 12 ile 45 yaş aralığında ($\bar{X}= 23.83\pm 7.78$) ve TRSM katılım sıklıkları ise 1 ile 236 kez arasında değişmektedir ($\bar{X}= 29.01\pm 47.31$).

4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçlarından Elde Edilen Puanlara Ait Betimleyici İstatistikler

Çalışma grubunda yer alan hastaların ölçme araçlarına verdikleri yanıtların dağılımlarına ait betimleyici istatistiklere Tablo 4'te yer verilmiştir.

Tablo 4. Ölçme Araçlarından Elde Edilen Puanların Dağılımları

	Min	Maks	\bar{X}	SS	Çarpıklık	Basıklık
SİÖ	8	162	80.52	28.51	0.23	0.19
Sosyal Uğraşı	1	15	8.29	2.98	0.06	-0.30
Kişilerarası İşlevsellik	0	12	4.91	2.52	-0.02	-0.71
Öncül Sosyal Etkinlikler	0	36	8.97	6.64	1.67	3.72
Boş Zamanları Değerlendirme	1	30	10.11	5.59	1.04	1.47
Bağımsızlık Düzeyi Yetkinlik	0	39	29.73	7.42	-1.41	2.73
Bağımsızlık Düzeyi						
Performans	0	36	16.91	8.56	0.14	-0.61
İş Meslek	0	10	2.68	3.47	0.90	-0.74
İÜBDÖ	0	14	8.75	3.91	-0.43	-0.83

SİÖ= Sosyal İşlevsellik Ölçeği (Puan aralığı= 0-223)

İÜBDÖ= İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (Puan aralığı= 0-14)

Çalışmada görüşlerine başvurulmuş hastaların SİÖ'den elde ettikleri puanlar 8 ile 162 arasında değişmektedir ($\bar{X}= 80.52\pm 28.51$). Hastaların “Sosyal Uğraşı” alt boyutu için elde ettikleri puanlar 1 ile 15 arasında ($\bar{X}= 8.29\pm 2.98$); “Kişilerarası İşlevsellik” alt boyutu için elde ettikleri puanlar 0 ile 12 arasında ($\bar{X}= 4.91\pm 2.52$); “Öncül Sosyal Etkinlikler” alt boyutu için elde ettikleri puanlar 0 ile 36 arasında ($\bar{X}= 8.97\pm 6.64$); “Boş Zamanları Değerlendirme” alt boyutu için elde ettikleri puanlar 1 ile 30 arasında ($\bar{X}= 10.11\pm 5.59$); “Bağımsızlık Düzeyi (yetkinlik)” alt boyutu için elde ettikleri puanlar 0 ile 39 arasında ($\bar{X}= 29.73\pm 7.42$); “Bağımsızlık Düzeyi (performans)” alt boyutu için elde ettikleri puanlar 0 ile 36 arasında ($\bar{X}= 16.91\pm 8.56$) ve “İş-Meslek” alt boyutu için elde ettikleri puanlar 0 ile 10 arasında değişmektedir ($\bar{X}= 2.68\pm 3.47$).

Çalışma grubunda yer alan hastaların İÜBDÖ'den elde ettikleri puanlar 0 ile 14 arasında değişmektedir ($\bar{X}= 8.75\pm 3.91$).

Araştırmaya katılan hastaların tedavi uyum düzeylerine ilişkin betimleyici istatistiklere Tablo 5'te yer verilmiştir.

Tablo 5. Hastaların Tedavi Uyum Düzeylerine Göre Dağılımları

Tedavi Uyum	f	%
İlaç uyumu düşük	19	18
İlaç uyumu orta	43	41
İlaç uyumu yüksek	43	41

Tabloda yer alan değerlere göre çalışma grubunda yer alan hastaların 19'u (%18) düşük düzeyde ilaç uyumuna, 43'ü (%41) orta düzeyde ilaç uyumuna ve son olarak 43'ü (%41) yüksek düzeyde ilaç uyumuna sahiptir.

4.3. Araştırma Sorularını Değerlendirmeye Yönelik Bulgular

Bu kısımda giriş bölümünde yer alan araştırma sorularına bağlı olarak gerçekleştirilen analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

4.3.1. Çalışma grubunda yer alan hastaların sosyal işlevsellik ve iç görü düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılaşmakta mıdır?

Hastaların sosyal işlevsellik düzeyleri ile iç görü düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesine yönelik Mann Whitney U testi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 6’da yer almaktadır.

Tablo 6. Hastaların Sosyal İşlevsellik ve İçgörü Puan Sıra Ortalamalarının Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

	Cinsiyet	Sıralar Ort.	Sıralar Top.	U	W	Z	p	r
SİÖ	Kadın	61.15	611.5	393.5	4953.5	-0.89	0.373	0.086
	Erkek	52.14	4953.5					
Sosyal Uğraşı	Kadın	48.95	489.5	434.5	489.5	-0.445	0.657	0.043
	Erkek	53.43	5075.5					
Kişilerarası İşlevsellik	Kadın	48.6	486	431	486	-0.486	0.627	0.047
	Erkek	53.46	5079					
Öncül Sosyal Etkinlikler	Kadın	46.35	463.5	408.5	463.5	-0.728	0.467	0.071
	Erkek	53.7	5101.5					
Boş Zamanları Değerlendirme	Kadın	56.45	564.5	440.5	5000.5	-0.377	0.706	0.037
	Erkek	52.64	5000.5					
Bağımsızlık Düzeyi Yetkinlik	Kadın	68.25	682.5	322.5	4882.5	-1.668	0.095	0.163
	Erkek	51.39	4882.5					
Bağımsızlık Düzeyi Performans	Kadın	70.45	704.5	300.5	4860.5	-1.906	0.057	0.186
	Erkek	51.16	4860.5					
İş Meslek	Kadın	41.55	415.5	360.5	415.5	-1.366	0.172	0.133
	Erkek	54.21	5149.5					
İÜBDÖ	Kadın	55.45	554.5	450.5	5010.5	-0.269	0.788	0.026
	Erkek	52.74	5010.5					

SİÖ= Sosyal İşlevsellik Ölçeği (Puan aralığı= 0-223)

İÜBDÖ= İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (Puan aralığı= 0-14)

Elde edilen bulgulara göre SİÖ’den elde edilen puan sıra ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($U=393.5$, $p=0.373$, $r=0.086$). Ayrıca, alt boyutlar incelendiğinde gözlenen bu anlamlı olmayan sonucun, alt boyutların tamamı için de

geçerli olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Son olarak, İÜBDÖ'den elde edilen puan sıra ortalamaları da anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ($U=450.5$, $p = 0.788$, $r=0.026$).

Ayrıca etki büyüklüğünün incelenmesi amacıyla Pearson r etki katsayısı hesaplanmıştır. Tabloda 10'da da görüleceği üzere etki katsayıları 0.026 ile 0.186 arasında değişmektedir. Cohen'e (1988) göre, 0.1 değerine yakın değerler düşük düzeyde etki büyüklüğüne, 0.3 düzeyindeki değerler orta düzeyde etki büyüklüğüne, 0.5 değerine yakın değerler yüksek düzeyde etki büyüklüklerine karşılık gelmektedir. Buna göre gözlenen etki büyüklüklerinin düşük düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

4.3.2. Çalışma grubunda yer alan hastaların ilaç uyum düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir bağıntı var mıdır?

Hastaların ilaç uyum düzeylerinin cinsiyet değişkenine göre farklılaşp farklılaşmadığının belirlenebilmesine yönelik ki-kare istatistiği uygulanmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 7'de yer almaktadır.

Tablo 7. Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

İlaç Uyumu	Kadın		Erkek		Ki Kare		
	n	%	n	%	χ^2	sd	p
Düşük	2	10.5	17	89.5	0.027	2	0.987
Orta	4	9.3	39	90.7			
Yüksek	4	9.3	39	90.7			

Gerçekleştirilen ki-kare analizi sonucunda ilaç uyum düzeyinin kadın ve erkeklere göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür [$\chi^2 (2, N = 105) = 0.027, p = 0.987$].

4.3.3. Çalışma grubunda yer alan hastaların sosyal işlevsellik ve iç görü düzeyleri medeni durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Hastaların sosyal işlevsellik ve iç görü düzeylerinin medeni durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için Kruskal-Wallis H testinden yararlanılmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 8’de yer almaktadır.



Tablo 8. Hastaların Sosyal İşlevsellik ve İçgörü Puan Sıra Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Medeni		Sıralar Ort.	Sıralar Top.	χ^2	sd	p	d_{cohen}
	Durum							
SİÖ	Bekâr	51	51.47	0.526	2	0.769	0.242	
	Evli	41	53.22					
	Eşinden ayrı	13	58.31					
Sosyal Uğraşı	Bekâr	51	51.15	1.595	2	0.450	0.126	
	Evli	41	57.32					
	Eşinden ayrı	13	46.65					
Kişilerarası İşlevsellik	Bekâr	51	43.81	13.434	2	0.001**	0.711	
	Evli	41	66.41					
	Eşinden ayrı	13	46.73					
Öncül Sosyal Etkinlikler	Bekâr	51	55.02	0.927	2	0.629	0.206	
	Evli	41	52.72					
	Eşinden ayrı	13	45.96					
Boş Zamanları Değerlendirme	Bekâr	51	53.96	1.27	2	0.530	0.170	
	Evli	41	49.57					
	Eşinden ayrı	13	60.04					
Bağımsızlık Düzeyi Yetkinlik	Bekâr	51	51.98	2.109	2	0.348	0.065	
	Evli	41	50.67					
	Eşinden ayrı	13	64.35					
Bağımsızlık Düzeyi Performans	Bekâr	51	50.82	2.816	2	0.245	0.178	
	Evli	41	51.51					
	Eşinden ayrı	13	66.23					
İş Meslek	Bekâr	51	51.02	1.506	2	0.471	0.140	
	Evli	41	57.01					
	Eşinden ayrı	13	48.12					
İÜBDÖ	Bekâr	51	48.75	2.028	2	0.363	0.033	
	Evli	41	57.65					
	Eşinden ayrı	13	55.04					

SİÖ= Sosyal İşlevsellik Ölçeği (Puan aralığı= 0-223)

İÜBDÖ= İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (Puan aralığı= 0-14)

Tablo 8’de görüldüğü gibi SİÖ için elde edilen puan sıra ortalamalarının evli ve bekâr öğrenciler arasında anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($\chi^2_{(2)}=0.526$, $p>0.05$, $d=0.242$). Alt boyutlar açısından incelendiğinde ise “Kişilerarası İşlevsellik” alt boyutu için anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu görülmektedir ($\chi^2_{(2)}=13.434$, $p<0.001$,

$d=0.711$).Gerçekleştirilen ikili Mann Whitney U testine göre evli hastaların (SO=41) gerek bekâr (SO=51) gerekse eşinden ayrılmış hastalara (SO=13) oranla daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür. SİÖ'nün diğer alt boyutları için ise herhangi bir farklılaşma gözlenmemiştir ($p>0.05$). Ayrıca İÜBDÖ puanları da anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır ($p>0.05$).

“Kişilerarası İşlevsellik” alt boyutuna ait etki büyüklüğünün belirlenmesi amacıyla Cohen'in d etki katsayısı hesaplanmıştır. Cohen'e (1988) göre bu katsayı değerinin 0.2 ile 0.4 arasında olması düşük düzeyde etki büyüklüğüne, 0.5-0.7 arasında olması orta düzeyde etki büyüklüğüne, 0.8 ve üzerinde olması ise yüksek düzeyde etki büyüklüğüne işaret etmektedir. Buna göre anlamlı farklılaşma gözlemlenen kişilerarası işlevsellik alt boyutu için orta düzeyde ($d=0.711$) etki büyüklüğü gözlemlendiği sonucuna varılmıştır. Elde edilen bu bulgu gruplar arası ayrışmanın yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

4.3.4. Çalışma grubunda yer alan hastaların ilaç uyum düzeyleri medeni durumlarına göre farklılaşmakta mıdır?

Hastaların ilaç uyum düzeylerinin medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesine yönelik ki-kare testi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 9'da yer almaktadır.

Tablo 9. Hastaların İlaç Uyum Düzeylerinin Medeni Durumlarına Göre Karşılaştırılması

	Bekâr		Evli		Eşinden ayrı		χ^2	sd	p
	n	%	n	%	n	%			
Düşük	9	47.4	7	36.8	3	15.8	0.468	4	0.977
Orta	22	51.2	16	37.2	5	11.6			
Yüksek	20	46.5	18	41.9	5	11.6			

Tablo 9'da yer alan bulgular incelendiğinde ki-kare analizi sonucunda ilaç uyum düzeyinin hastaların medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür [$\chi^2 (4, N = 105) = 0.468, p = .977$]. Elde edilen bu bulgu, ilaç uyum düzeylerinin evli, bekâr ve eşinden ayrılmış bireyler arasında anlamlı düzeyde farklılaşmadığını göstermektedir.

4.3.5. Çalışma grubunda yer alan hastaların sosyal işlevsellik ve iç görü düzeyleri ile TRSM'ye kayıtlı oldukları süre, hastalığın başlangıç yaşı ve TRSM programına katılım sıklığı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Hastaların sosyal işlevsellik ve iç görü düzeyleri ile TRSM'ye kayıtlı oldukları süre, hastalığın başlangıç yaşı ve TRSM programına katılım sıklığı arasında manidar düzeyde bir ilişki olup olmadığının incelenmesi için Pearson Momentler Çarpım korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 10'da yer almaktadır.

Tablo 10. Hastaların Sosyal İşlevsellik ve İç Görü Düzeyleri ile TRSM'ye Kayıtlı Oldukları Süre, Hastalığın Başlangıç Yaşı ve Katılım Sıklığı Arasındaki İlişki

	TRSM Kayıt Süre	Hast. Başlangıç Yaş	Katılım Sıklık
SİÖ	0.109	0.082	0.399**
Sosyal Uğraşı	0.096	0.009	0.266**
Kişilerarası İşlevsellik	0.082	0.173	0.165
Öncül Sosyal Etkinlikler	0.070	0.069	0.485**
Boş Zamanları Değerlendirme	0.086	0.016	0.377**
Bağımsızlık Düzeyi Yetkinlik	0.120	0.036	0.206*
Bağımsızlık Düzeyi Performans	0.104	0.085	0.229*
İş Meslek	0.041	0.093	0.362**
İÜBDÖ	-0.007	0.100	0.269**

**p<0.01; *p<0.05

SİÖ= Sosyal İşlevsellik Ölçeği (Puan aralığı= 0-223)

İÜBDÖ= İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (Puan aralığı= 0-14)

Tablo 10'da görüldüğü üzere ölçme araçlarından elde edilen puanlar ile kayıt süreleri ve hastalığın başlangıç yaşı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Katılım sıklığı ile SİÖ toplam puanı ($r=0.399$, $p<0.01$) ve İÜBDÖ toplam puanları ($r=0.269$, $p<0.01$) arasında anlamlı düzeyde ve pozitif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca SİÖ'nün "Kişilerarası İşlevsellik" alt boyutu haricinde diğer alt boyutları için elde edilen puanlar ile katılım sıklıkları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif yönlü manidar ilişkiler olduğu görülmüştür.

4.3.6. Hastaların TRSM programına katılım sıklıklarına göre sosyal işlevsellik puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Hastaların TRSM programına katılım sıklıklarına göre sosyal işlevsellik puanları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını test etmek için öncelikle katılım sıklığı değişkeni düşük, orta ve yüksek olarak kategorik hale getirilmiştir. Katılım sıklığı kategorik hale getirilirken -1 çeyrek sapma ve altı katılım sıklığı “düşük”, -1 çeyrek sapma ve +1 çeyrek sapma arası “orta” ve +1 çeyrek sapma ve üstü “yüksek” olarak değerlendirilmiştir. Buna göre 1-4 arası “düşük”, 4-26 arası “orta” ve 26-236 arası “yüksek” katılım olarak belirlenmiştir. Bu işlemden sonra hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin TRSM programına katılım sıklıklarına göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesine yönelik tek yönlü varyans analizleri gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 11’de yer almaktadır.

Tablo 11. Katılımcıların Sosyal İşlevsellik Düzeylerinin TRSM Programına Katılım Sıklıklarına Göre Karşılaştırılması

	Var. Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Kat. Sıklık	X	SS	η^2
SİÖ	Gruplar Arası	14549	2	7274	10.60	0.001**	Düşük	65.6	28.3	0.21
	Gruplar İçi	70009	102	686			Orta	81.0	23.0	
	Toplam	84558	104				Yüksek	96.8	28.4	
Sosyal Uğraşı	Gruplar Arası	86	2	43	5.22	0.007**	Düşük	7.2	3.1	0.10
	Gruplar İçi	836	102	8			Orta	8.2	2.8	
	Toplam	921	104				Yüksek	9.6	2.6	
Kişilerarası İşlevsellik	Gruplar Arası	30	2	15	2.46	0.090	Düşük	4.2	2.4	0.05
	Gruplar İçi	630	102	6			Orta	5.0	2.5	
	Toplam	660	104				Yüksek	5.6	2.5	
Öncül Sosyal Etk.	Gruplar Arası	728	2	364	9.62	0.001**	Düşük	6.5	5.1	0.19
	Gruplar İçi	3859	102	38			Orta	8.1	4.8	
	Toplam	4587	104				Yüksek	13.2	8.7	
Boş Zam. Değ.	Gruplar Arası	600	2	300	11.54	0.001**	Düşük	7.1	3.8	0.23
	Gruplar İçi	2651	102	26			Orta	10.2	4.6	
	Toplam	3251	104				Yüksek	13.4	6.9	
Bağ. Düzeyi Yet.	Gruplar Arası	719	2	360	7.33	0.001**	Düşük	25.8	9.5	
	Gruplar İçi	5005	102	49			Orta	31.1	5.3	0.14
	Toplam	5725	104				Yüksek	32.0	6.0	
Bağ. Düz. Perf.	Gruplar Arası	845	2	423	6.36	0.002**	Düşük	13.2	9.5	
	Gruplar İçi	6779	102	66			Orta	17.2	7.0	0.12
	Toplam	7624	104				Yüksek	20.7	8.2	
İş Meslek	Gruplar Arası	136	2	68	6.23	0.003**	Düşük	1.3	2.6	
	Gruplar İçi	1117	102	11			Orta	2.6	3.6	0.12
	Toplam	1253	104				Yüksek	4.4	3.4	

SİÖ= Sosyal İşlevsellik Ölçeği (Puan aralığı= 0-223)

Tablo 11’de görüldüğü gibi SİÖ toplam puanları ($F_{(2-102)}=10.60$, $p=0.001$, $\eta^2=0.21$), “Sosyal Uğraşı” alt boyutu ($F_{(2-102)}=5.22$, $p=0.007$, $\eta^2=0.10$), “Öncül Sosyal Etkinlikler” alt boyutu ($F_{(2-102)}=9.62$, $p=0.001$, $\eta^2=0.19$), “Boş Zamanları Değerlendirme” alt boyutu ($F_{(2-102)}=11.54$, $p=0.001$, $\eta^2=0.23$), “Bağımsızlık Düzeyi-yetkinlik” alt boyu ($F_{(2-102)}=7.33$, $p=0.001$, $\eta^2=0.14$), “Bağımsızlık Düzeyi-performans” alt boyutu ($F_{(2-102)}=6.36$, $p=0.002$, $\eta^2=0.12$) ve “İş-Meslek” alt boyutu ($F_{(2-102)}=6.23$, $p=0.003$, $\eta^2=0.12$) için hastaların elde ettikleri puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Gözlenen bu farklılaşmalara ilişkin ayrıca eta-kare (η^2) etki büyüklük değerleri hesaplanmıştır. Bu değerler

(kişiler arası işlevsellik hariç) TRSM programına katılım sıklıklarının orta ve yüksek düzeyde sosyal işlevselliği anlamlı düzeyde açıkladığını göstermektedir.

Gruplara göre gözlenen bu farklılaşmanın hangi alt boyutlar için gözlemlendiğinin belirlenmesine yönelik LSD post hoc analizleri gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Ek 8’de yer almaktadır. Buna göre. SİÖ toplam puanları için grupların tamamı için ikili karşılaştırmalarda anlamlı düzeyde farklılaşma gözlemlenmiştir ve genel olarak katılım sıklığı olarak daha fazla katılıma sahip grupların anlamlı düzeyde daha yüksek SİÖ ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür.

“Sosyal Uğraşı”, “Bağımsızlık Düzeyi-performans”, “İş-Meslek” ve “Öncül Sosyal Etkinlikler” alt boyutları için yüksek katılım gösterenlerin elde ettikleri puanların orta ve düşük katılım gösteren gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu; fakat orta düzeyde katılım gösterenler ile düşük düzeyde katılım gösterenlerin anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür. “Bağımsızlık Düzeyi-yetkinlik” alt boyutu için ise düşük düzeyde katılım gösteren gruptaki katılımcıların orta düzeyde katılım gösteren gruptaki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları görülmüştür.

Bu araştırma sorusunda varsayımları karşılanamadığı için ANCOVA testi yapılamamıştır. Bununla birlikte sonuçların değişip değişmediğini görmek amacıyla yaş, eğitim durumu ve medeni durum kontrol edilerek tanı ve katılım sıklığı bağımsız değişken olarak modele alındığında sosyal işlevsellik puanlarında sadece katılım sıklığına göre farklılaşma olduğu görülmüştür. Bu da mevcut analiz sonucunun değişmediğini göstermesi açısından önemlidir.

4.3.7. Hastaların TRSM programına katılım sıklıklarına göre iç görü puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Hastaların katılım sıklıklarına göre iç görü düzeylerinin farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi için tek yönlü varyans analizi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 12’de yer almaktadır.

Tablo 12. Katılımcıların İçgörü Düzeylerinin TRSM Programına Katılım Sıklıklarına Göre Karşılaştırılması

	Var. Kaynağı	KT	sd	KO	F	p	Kat. Sıklık	X	SS	η^2
İÜBDÖ	Gruplar Arası	238	2	119	8.94	0.001**	Düşük	6.6	4.4	0.18
	Gruplar İçi	1356	102	13			Orta	9.3	3.3	
	Toplam	1594	104				Yüksek	10.3	3.1	

İÜBDÖ= İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (Puan aralığı= 0-14)

Buna göre elde edilen puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür ($F_{(2-102)}=8.94$, $p<0.001$, $\eta^2=0.18$). Gözlenen bu farklılaşmanın hangi alt boyutlar arasında olduğunun belirlenebilmesi için LSD post hoc test gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Ek 9’da yer almaktadır. Buna göre düşük düzeyde katılım gösteren katılımcıların diğer iki gruba göre anlamlı düzeyde daha düşük içgörü düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Orta ve yüksek düzeyde katılım gösteren hastaların ise içgörü düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür. Ayrıca elde edilen eta-kare değerleri katılım sıklığına göre oluşturulan bu grupların içgörü (İÜBDÖ) puanlarını yüksek düzeyde açıkladığı görülmüştür.

Bu araştırma sorusunda varsayımları karşılanamadığı için ANCOVA testi yapılamamıştır. Bununla birlikte sonuçların değişip değişmediğini görmek amacıyla yaş, eğitim durumu ve medeni durum kontrol edilerek tanı ve katılım sıklığı bağımsız değişken olarak modele alındığında içgörü puanlarında sadece katılım sıklığına göre farklılaşma olduğu görülmüştür. Bu da mevcut analiz sonucunun değişmediğini göstermesi açısından önemlidir.

4.3.8. Çalışma grubunda yer alan hastaların ilaç uyum düzeylerine göre TRSM’ye kayıtlı oldukları süre, hastalığın başlangıç yaşı ve katılım sıklığı farklılaşmakta mıdır?

Hastaların ilaç uyum düzeylerine göre TRSM’ye kayıtlı oldukları süre, hastalığın başlangıç yaşı ve katılım sıklığının farklılaşıp farklılaşmadığının incelenebilmesi için Kruskal Wallis H testi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 13’te yer almaktadır.

Tablo 13. Hastaların İlaç Uyum Düzeylerine Göre TRSM'ye Kayıtlı Oldukları Süre, Hastalığın Başlangıç Yaşı ve Katılım Sıklığının Karşılaştırılması

	MUÖ	n	Sıralar Top.	χ^2	sd	p	d_{cohen}
TRSM Kayıt Süre	Düşük	19	39.08	5.715	2	0.057	0.389
	Orta	43	59.12				
	Yüksek	43	53.03				
Hast. Başlangıç Yaş	Düşük	19	56.76	0.710	2	0.701	0.226
	Orta	43	50.22				
	Yüksek	43	54.12				
Katılım Sıklık	Düşük	19	36.71	6.655	2	0.036*	0.437
	Orta	43	56.65				
	Yüksek	43	56.65				

Elde edilen bulgulara göre katılım sıklığının farklı ilaç uyum düzeyinde olan hastalar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür ($\chi^2_{(2)}=6.655$, $p=0.036$, $d=0.437$). Düşük düzeyde ilaç uyumuna sahip bireylerin orta ve yüksek düzeyde uyuma sahip bireylere göre anlamlı düzeyde daha az katılım gösterdikleri söylenebilir. Diğer değişkenler açısından ise anlamlı düzeyde bir farklılaşma gözlenmemiştir ($p>0.05$). Anlamlı farklılaşmanın gözlemlendiği katılım sıklığı değişkeni için etki büyüklüğünü belirlemeye yönelik Cohen'in d değeri hesaplanmıştır. Elde edilen bu değer düşük düzeyde etki büyüklüğüne işaret etmektedir.

4.3.9. Çalışma grubunda yer alan hastaların aldıkları tanıya göre TRSM katılım sıklıkları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Hastaların aldıkları tanı türlerine göre katılım sıklıklarının anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenebilmesi için Kruskal Wallis H testi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 14'de yer almaktadır.

Tablo 14. Hastaların Tanılarına Göre TRSM Katılım Sıklıkları Arasındaki Fark

Tanı	n	Sıralar Ort.	χ^2	sd	p	d_{cohen}
Şizofreni (F20)	56	51.57	0.414	2	0.813	0.251
Şizoaffektif Bozukluk (F25)	4	49.00				
Belirlenmemiş Organik Olmayan Psikoz (F29)	44	55.13				

Gerçekleştirilen analiz sonucunda TRSM katılım sıklığının tanı türüne göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($\chi^2_{(2)}=0.414$, $p=0.813$). Buna göre farklı tanı türlerine sahip hastaların benzer katılım sıklıklarına sahip oldukları söylenebilir.

4.3.10. Hastaların TRSM programına katılım sıklığı ile yaşları, hastalığın başlangıç yaşı ve TRSM'ye kayıtlı oldukları süre arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Araştırmaya katılan hastaların TRSM programına katılım sıklıkları ile yaşları, hastalıklarının başlangıç yaşı ve TRSM'ye kayıtlı oldukları süre arasındaki ilişkilerin belirlenmesine yönelik hesaplanan Pearson korelasyon katsayıları Tablo 15'te yer almaktadır.

Tablo 15. Hastaların TRSM Programına Katılım Sıklığı ile Yaş, Hastalığın Başlangıç Yaşı ve TRSM'ye Kayıtlı Oldukları Süre Arasındaki İlişki

	Katılım_Sıklık
Yaş	-0.120
TRSM Kayıt Süre	0.082
Hast. Başlangıç Yaş	0.021

Elde edilen bulguya göre katılım sıklığı ile yaş, hastalığın başlangıç yaşı ve TRSM'ye kayıtlı olunan süre arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

4.3.11. Hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumları ve birlikte yaşadıkları kişilere göre TRSM programına katılım sıklıkları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Araştırmaya katılan hastaların katılım sıklıklarının cinsiyetlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesine yönelik Mann-Whitney U testi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgulara Tablo 16’da yer verilmiştir.

Tablo 16. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Katılım Sıklıklarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	Sıra Ort.	Sıralar Top.	U	W	Z	p	r
Kadın	47.9	479	424	479	-0.557	0.577	0.054
Erkek	53.54	5086					

Tablo 16’da yer alan bulgular ışığında katılım sıklığı puan sıra ortalamalarının hastaların cinsiyetlerine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($U=424, p=0.577$).

Görüşlerine başvuru alan hastaların katılım sıklıklarının öğrenim düzeylerine göre ne düzeyde farklılaştığını belirlemek için Kruskal Wallis H testi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 17’de yer almaktadır.

Tablo 17. Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Katılım Sıklıklarının Karşılaştırılması

Eğitim D.	n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p	d_{cohen}
Okuryazar	19	47	1.373	4	0.849	0.329
İlkokul	63	53.27				
Ortaokul	18	55.5				
Lise	1	55				
Lisans	4	64.38				

Gerçekleştirilen Kruskal Wallis H testi neticesinde hastaların katılım sıklıklarının öğrenim düzeylerine göre farklılaşmadığı görülmüştür ($\chi^2_{(4)}=1.373, p=0.849$).

Hastaların medeni durumlarına göre katılım sıklığı sıra ortalamalarının ne düzeyde farklılaştığının incelenmesi için Kruskal Wallis H testi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 18’de yer almaktadır.

Tablo 18. Hastaların Medeni Durumlarına Göre Katılım Sıklıklarının Karşılaştırılması

Medeni D.	n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p	d_{cohen}
Bekâr	51	56.09	1.071	2	0.585	0.192
Evli	41	50.6				
Eşinden ayrı	13	48.46				

Buna göre hastaların katılım sıklığı puan ortalamalarının medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı bulunmuştur ($\chi^2_{(2)}=1.071, p=0.585$).

Araştırmaya katılan hastaların birlikte yaşadıkları kişilere göre katılım sıklığı sıra ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşp farklılaşmadığının belirlenebilmesi için Kruskal Wallis testi gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 19’da yer almaktadır.

Tablo 19. Hastaların Birlikte Yaşama Durumlarına Göre Katılım Sıklıklarının Karşılaştırılması

Birlikte Yaşama	n	Sıra Ort.	χ^2	sd	p	d_{cohen}
Yalnız	5	31.8	4.205	4	0.379	0.091
Sadece eşi ile	4	42.13				
Eşi ve çocukları ile	35	51.2				
Anne-baba ile	48	57.67				
Diğer	13	52.12				

Elde edilen bulgulara göre hastaların katılım sıklığı puan sıra ortalamalarının kiminle yaşadıkları değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür ($\chi^2_{(4)}=4.205, p=0.379$).

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre SİÖ'den alınan puanların cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür. Bu çalışmada kadın ve erkek sayıları arasında ciddi bir fark olduğu görülmektedir. Örneklemden kaynaklanan bu sınırlılığın araştırma bulgularımızı yorumlamayı güçleştirdiği düşünülmektedir. Ülkemizde şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada sosyal işlevsellik açısından kadın ve erkekler arasında bir farklılık saptanmamıştır (Erol vd., 2009). Şizofreni hastalarıyla yapılan bazı çalışmalarda ise kadın hastaların sosyal işlevsellik açısından daha iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir (Usall vd.,2001; Usall vd., 2002).

Çalışmamıza katılan hastaların İÜBDÖ'den elde ettikleri puanlar cinsiyete göre farklılaşmamaktadır. Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastaların içgörü puanlarının cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (Umut vd., 2012). İçgörüsü bozuk olan ve bozuk olmayan şizofreni hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada cinsiyetler arası herhangi bir farklılık bulunmamıştır (Lysaker ve Bell, 1994). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir gözden geçirme çalışmasına göre de içgörü ile cinsiyet arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Amador, Strauss, Yale ve Gorman, 1991).

Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre ilaç uyum düzeyinin kadın ve erkeklere göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür. Amerika Birleşik Devletleri'nde şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada cinsiyet ile tedavi uyumu arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (Gilmer vd, 2004). Şizofreni hastalarında cinsiyet ile tedavi uyumu arasında ilişki olmadığını bildiren başka çalışmalar da bulunmaktadır (Acosta vd., 2009; Aldebot ve De Mamani, 2009).

Çalışmamızdaki katılımcıların SİÖ'den aldıkları toplam puanların medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür. Bu bulgu literatürle uyuşmamaktadır. Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada evli olan erkek hastaların toplumdaki değişimleri daha iyi takip edebildikleri saptanmıştır (Salokangas, Honkonen, Stengard ve Koivisto, 2001). Çalışmamızda SİÖ'nin alt boyutları incelendiğinde evli hastalar "Kişilerarası İşlevsellik" alt boyutundan, bekâr ve eşinden ayrılmış hastalara göre daha yüksek puan almışlardır. Şizofreni hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada evli hastaların SİÖ toplam puanlarından ve "Sosyal

Çekilme”, “Kişilerarası İşlevsellik” ve “Bağımsızlık-Yetkinlik” alt ölçeklerinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu görülmüştür (Erol vd., 2009).

Çalışmaya katılan hastaların İÜBDÖ puanları medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. Bu bulgu, Umut ve arkadaşlarının (2012) araştırma sonuçları ile tutarlılık göstermektedir. Bahsedilen çalışmada şizofreni hastalarının içgörü puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

Çalışmamızda yer alan hastaların ilaç uyum düzeylerinin medeni durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesine yönelik yapılan analiz sonucu elde edilen bulgu, ilaç uyum düzeylerinin evli, bekâr ve eşinden ayrılmış bireyler arasında anlamlı düzeyde farklılaşmadığını göstermektedir. İlaç uyumu ile medeni durum arasında ilişki olmadığını bildiren başka çalışmalar da bulunmaktadır (Acosta vd., 2009; Linden vd., 2001).

Çalışmaya katılan hastaların ilaç uyum düzeylerinin çalışma durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, hastaların çalışıp çalışmama durumuna göre ilaç uyum düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür. Benzer şekilde şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada, mesleki durum ile ilaç uyumu arasında ilişki bulunamamıştır (Linden vd., 2001).

Çalışmamızda hastaların sosyal işlevsellik ve iç görü düzeyleri ile TRSM'ye kayıtlı oldukları süre, hastalığın başlangıç yaşı ve TRSM programına katılım sıklığı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. SİÖ ve İÜBDÖ'den elde edilen puanlar ile kayıt süreleri ve hastalığın başlangıç yaşı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunamamıştır. Şizofreni tanısı almış hastalarla yapılan bir çalışmada hastalık başlangıç yaşının daha büyük olduğu hastaların psikosoyal işlevsellik düzeyleri ve eğitim başarılarının, hastalık başlangıç yaşı daha erken olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Chen, Selvendra, Steward ve Castle, 2018). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada hastalık başlangıç yaşı ile içgörü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Tan Kartal, 2013). Katılım sıklığı ile SİÖ toplam puanı ve İÜBDÖ toplam puanı arasında anlamlı düzeyde ve pozitif yönlü ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca SİÖ'nin “Kişilerarası İşlevsellik” alt boyutu haricinde diğer tüm alt boyutlar ve katılım sıklıkları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Çalışma grubundaki hastaların katılım sıklıklarının sosyal işlevsellik üzerindeki etkisine bakıldığında, genel olarak daha fazla katılıma sahip grupların anlamlı düzeyde daha yüksek SİÖ ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür. “Sosyal Uğraşı”, “Bağımsızlık Düzeyi

(performans)", "İş-Meslek" ve "Öncül Sosyal Etkinlikler" alt boyutları için yüksek katılım gösterenlerin elde ettikleri puanların orta ve düşük katılım gösteren gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu; fakat orta düzeyde katılım gösterenler ile düşük düzeyde katılım gösterenlerin anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür. "Bağımsızlık Düzeyi-yetkinlik" alt boyutu için ise düşük düzeyde katılım gösteren gruptaki katılımcıların orta düzeyde katılım gösteren gruptaki katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha düşük puan aldıkları görülmüştür. Geleneksel tedavi ile psikososyal tedavi alan şizofreni hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada psikososyal tedavi alan hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (Valencia vd., 2010). Bolu TRSM'de yapılan çalışmada, TRSM'ye devam eden hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Ensari vd., 2013).

Çalışmamızda hastaların katılım sıklıklarına göre iç görü düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Düşük düzeyde katılım gösteren katılımcıların orta ve yüksek düzeyde katılım gösterenlere göre anlamlı düzeyde daha düşük içgörü düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Ülkemizde TRSM'de verilen tedavinin şizofreni hastalarının içgörü düzeylerini arttırdığına dair bir çalışma bulunmaktadır (Arslan Delice vd., 2014). Psikososyal tedavinin şizofreni hastalarının içgörü geliştirmesinde etkili olduğuna dair başka çalışmalar da bulunmaktadır (Arslan vd., 2015; Eryıldız, 2008).

Hastaların ilaç uyum düzeylerine göre TRSM'ye kayıtlı oldukları süre, hastalığın başlangıç yaşı ve katılım sıklığının farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Düşük düzeyde ilaç uyumuna sahip bireylerin orta ve yüksek düzeyde uyuma sahip bireylere göre anlamlı düzeyde daha az katılım gösterdikleri saptanmıştır. Diğer değişkenler açısından ise anlamlı düzeyde bir farklılaşma gözlenmemiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre ilaç tedavisi ile psikososyal tedavilerin birlikte uygulanması hastaların ilaç tedavisine uyumlarını arttırmaktadır (Söylemezoğlu ve Cansever 1999). Toplumsal temelli tedavi ile standart tedavinin karşılaştırıldığı bir çalışmada toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan bireylerin tedaviye daha iyi uyum gösterdikleri saptanmıştır (Petersen vd., 2005). Bir başka çalışmada TRSM'nin ilaç uyumunu arttırmada etkili olduğu saptanmıştır (Na vd., 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise randevularına düzenli gitmeyen şizofreni hastalarının ilaçlarını düzenli kullanmadıkları saptanmıştır (Balıkcı vd., 2013).

Çalışmamıza katılan hastaların TRSM programına katılım sıklıklarının aldıkları tanı türüne göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların TRSM programına katılım sıklıkları ile yaşları, hastalıklarının başlangıç yaşı ve TRSM'ye kayıtlı oldukları süre arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Elde edilen bulguya göre katılım sıklığı ile yaş, hastalığın başlangıç yaşı ve TRSM'ye kayıtlı olunan süre arasında anlamlı düzeyde bir ilişkinin olmadığı görülmüştür.

Çalışmamıza katılan hastaların TRSM katılım sıklıklarının cinsiyetlerine, öğrenim düzeylerine, medeni durumlarına ve birlikte yaşadıkları kişilere göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür.

Bu çalışmada merak edilen temel konu TRSM'ye kayıtlı hastaların TRSM programına katılım sıklıklarının sosyal işlevsellik, içgörü ve ilaç uyumuna etki edip etmediğidir. Analiz sonuçlarına göre TRSM programına katılımı daha fazla olan hastaların sosyal işlevsellik ve içgörü düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. TRSM programına katılım sıklığının farklı ilaç uyum düzeyinde olan hastalar arasında anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmüştür. Düşük düzeyde ilaç uyumuna sahip bireylerin orta ve yüksek düzeyde uyuma sahip bireylere göre anlamlı düzeyde daha az katılım gösterdikleri görülmüştür. Bu bulgulara dayanarak TRSM'lerin hastaların durumlarının daha iyiye gitmesinde etkili olduğu söylenebilir. Psikotik hastaların tedavisinde oldukça önemli olan sosyal işlevsellik, içgörü ve ilaç uyumu açısından düzelleme sağlamanın oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı hastaların TRSM programına katılım sıklıklarının sosyal işlevsellik, içgörü ve ilaç uyumuna etkisinin araştırıldığı bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Sosyal işlevsellik cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.
- Hastaların içgörü düzeyleri cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.
- Hastaların ilaç uyum düzeyleri cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.
- Hastaların sosyal işlevsellik düzeyleri medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. "Kişilerarası İşlevsellik" alt boyutundan evli hastalar bekâr ve eşinden ayrılmış hastalara göre daha yüksek puanlar almışlardır.
- Hastaların içgörü düzeyleri medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.
- Hastaların ilaç uyum düzeyleri medeni duruma göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.
- Sosyal işlevsellik ve içgörü ile kayıt süreleri ve hastalığın başlangıç yaşı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır. Katılım sıklığı ile sosyal işlevsellik ve içgörü arasında anlamlı düzeyde ve pozitif yönlü ilişkiler bulunmaktadır. Ayrıca SİÖ'nin "Kişilerarası İşlevsellik" alt boyutu haricinde diğer alt boyutları için elde edilen puanlar ile katılım sıklıkları arasında düşük ve orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişkiler vardır.
- Katılım sıklıkları fazla olan hastalar SİÖ'den ve bu ölçeğin "Sosyal Uğraşı", "Bağımsızlık Düzeyi (performans)", "İş-Meslek" ve "Öncül Sosyal Etkinlikler" alt boyutlarından orta ve düşük katılım gösteren gruba göre daha yüksek puanlar almışlardır. Fakat orta düzeyde katılım gösterenler ile düşük düzeyde katılım gösterenler anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır. "Bağımsızlık Düzeyi (yetkinlik)" alt boyutu için düşük düzeyde katılım gösteren grup ile orta düzeyde katılım gösteren grup anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır.

- Düşük düzeyde katılım gösteren katılımcılar orta ve yüksek düzeyde katılım gösterenlere göre anlamlı düzeyde daha düşük içgörü düzeyine sahiptirler.
- Düşük düzeyde ilaç uyumuna sahip bireyler orta ve yüksek düzeyde uyuma sahip bireylere göre anlamlı düzeyde daha az katılım göstermişlerdir. Hastaların ilaç uyum düzeyleri ile TRSM'ye kayıtlı oldukları süre ve hastalığın başlangıç yaşı açısından anlamlı düzeyde bir farklılaşma bulunmamaktadır.
- TRSM programına katılım sıklıkları hastaların tanılarına göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.
- TRSM programına katılım sıklığı ile yaş, hastalığın başlangıç yaşı ve TRSM'ye kayıtlı olunan süre arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır.
- TRSM programına katılım sıklıkları hastaların cinsiyetlerine, öğrenim düzeylerine, medeni durumlarına ve birlikte yaşadıkları kişilere göre anlamlı düzeyde farklılaşmamaktadır.

6.2. Öneriler

TRSM'ler son on yıldır ülkemizde hizmet vermekte olup, yeni TRSM'ler de açılmaya devam etmektedir. TRSM'lerin etkililiğini ölçen çalışmalar bulunmakta ancak hastaların katılım durumlarının tedavi sürecine etkisini inceleyen çalışmalara pek rastlanmamaktadır. Bu çalışmanın sonuçları, TRSM programına sık katılım göstermenin sosyal işlevsellik ve içgörü açısından hastalara olumlu etkisinin olduğunu ve düşük düzeyde ilaç uyumuna sahip bireylerin orta ve yüksek düzeyde uyuma sahip bireylere göre anlamlı düzeyde daha az katılım gösterdiklerini göstermiştir. Bu konuyla ilgili daha geniş bir örneklem üzerinde çalışmaların yapılmasının sonuçların genellenebilirliği açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Literatür göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmada sık katılım sağlamanın hastalar üzerindeki olumlu etkisi beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunun TRSM programına sık katılım sağlamadıkları saptanmıştır. Sık katılım sağlamanın hastalar üzerinde olumlu etkileri olacağı düşünüldüğünde hastaların TRSM programına sık katılımlarının sağlanması için daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmaların ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini geliştireceği öngörülmektedir. Bir sonraki çalışmalarda kadın sayısının erkek sayısına denk olduğu çalışmaların yapılması önerilmektedir. Böylece cinsiyetten kaynaklanan farklılıkların yorumlanması mümkün olacaktır. Gelecek çalışmalarda yaş ranjının daha dar olduğu

örneklem üzerinde çalışmasının yaşın kontrol edilebilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.



KAYNAKÇA

- Acosta, F. J., Bosch, E., Sarmiento, G., Juanes, N., Caballero-Hidalgo, A., and Mayans, T. (2009). Evaluation of noncompliance in schizophrenia patients using electronic monitoring (MEMS®) and its relationship to sociodemographic, clinical and psychopathological variables. *Schizophrenia Research*, 107, 213-217.
- Alataş, G., Karaoğlan, A., Arslan, M. ve Yanık, M. (2009). Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve T¼rkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi. *N¼ropsikiyatri Arşivi*, 46(zel sayı), 25-29.
- Aldebot, S., and De Mamani, A. G. W. (2009). Denial and acceptance coping styles and medication adherence in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(8), 580-584.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., and Gorman, J. M. (1991). Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17(1), 113-132.
- Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J. And Gorman, J.M. (1993). Assesment of insight in psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879.
- Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C., Strauss, D.H., Yale, S.A, Clark, S.C. and Gorman J.M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 826-836.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM-5, Ruhsal bozuklukların tanımsal ve sayımsal el kitabı, Beşinci Baskı, Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı* (Köroğlu, ev. Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amering, M. ve Schmolke, M. (2017). *Ruh sağlığında iyileşme: Bilimsel ve Klinik Sorumlulukların Yeniden Şekillendirilmesi*. (H. Soyg¼r, ev.). Ankara: İmaj Yayınevi.
- Anıl Yağcıoğlu, E. (2005). Şizofreni tedavisi ve antipsikotik ilaçlar. *T¼rkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Science*, 1(12), 49-57.
- Arkonaç, O. (1986). *Psikiyatrik bozukluklar ve tedaviler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Arslan Delice, M., Mert Akg¼l, S., ve Yıldız, M. (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nden hizmet alan bir şizofrenili olguda b¼t¼nc¼l yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Dergisi*, 4(2), 122-125.
- Arslan, M., Yazıcı, A., Yılmaz, T., Coşkun, S. ve Kurt, E. (2015). Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: izleme alışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 238-246.

- Aslan, S., Günay Kılıç, B., Karakılıç, H., Coşar, B., Işıklı, S. ve Işık, E. (2001). İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: Güvenirlilik ve geçerlik çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri*, 1, 17-23.
- Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler* (6. baskı). Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın.
- Balikci, A., Erdem, M., Zincir, S., Bolu, A., Zincir, S. B., Ercan, S., and Uzun, O. (2013). Adherence with outpatient appointments and medication: A two-year prospective study of patients with schizophrenia. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23(1), 57-64.
- Bellack, A.S. (2001). Psychosocial treatment in schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 3(2), 136-137
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181651/>
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H. ve Alptekin, K. (2011). Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 40-52.
- Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Aksu Tanık, F.,... ve Van Os, J. (2012). İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(3), 149-160.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. and Copestake, S. (1990). The social functioning scale the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Birsöz, S. (2013). *Benim şizofrenilerim*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın.
- Brekke, J.S., Long, J.D., Nesbitt, N. and Sobel, E. (1997). The impact of service characteristics on functional outcomes from community support programmes for persons with schizophrenia: a growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 464-475.
- Brissos, S., Balanza-Martinez, V., Dias, V., Carita, A.S. and Figueria, M.L. (2011). Is personal and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(7), 509-517.
- Brooke-Sumner, C., Selohilwe, O., Mazibuko, M.S. and Petersen, I. (2018). Process evaluation of a pilot intervention for psychosocial rehabilitation for service users with

- schizophrenia in North West Province, South Africa. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 1089-1096.
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak E.K., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2015). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (19. baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Caldas de Almeida, J.M. and Killaspy, H. (2011). *Long term mental health care for people with severe mental disorders*. https://ec.europa.eu/health/sites/files/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf 05.08.2018 tarihinde görülmüştür.
- Chen, L., Selvendra, A., Steward, A. ve Castle, D. (2018). Risk factors in early and late onset schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 155-162.
- Cohen. J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cramer, J.A. and Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49(2), 196-201.
- David, A.S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
- Donyağı, N. (2016). *Toplum ruh sağlığı merkezlerine devam eden ve devam etmeyen şizofreni hastalarında aile yükünün incelenmesi*, Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, T.C. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Dünya Sağlık Örgütü. (1993). *ICD-10 Ruhsal ve davranışlar bozukluklar sınıflandırılması klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzları*. (Öztürk ve Uluşahin, Çev. Ed.). Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği.
- Engelli Bireyler İçin Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi, (b.t.). *Toplum ruh sağlığı merkezleri için çalışma rehberi*. http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/tedk/pdf/TRSM_rehber.pdf 10.12.2016. tarihinde görülmüştür.
- Ensari, H., Gültekin, B.K., Karaman ,D., Koç, A. ve Beşkardeş, A.C. (2013). Bolu toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 108-114.
- Erol, A., Keleş Ünal, E., Tunç Aydın, E. ve Mete, L. (2009). Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4), 313-321.
- Ertuğrul, A. (2005). Şizofreni etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Science*, 1(12), 6-14.
- Eryıldız, D. (2008). *Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezine devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması*. Yayınlanmamış

tıpta uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

- Esen-Danacı, A., Böke, Ö., Saka, M.C., Erol, A. ve Ulusoy Kaymak, S. (2018). *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar*. (2.baskı). Ankara: Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.
- Fernandez, O.V., Giraldez, S.F., Saiz, A.G., Garcia, A.O, Sanchez, M.A. and Perez, A.M.G. (1999). Integrated psychosocial treatment for schizophrenic patients. *Psychology in Spain*, 3(1), 25-35.
- Filippidou, M., Lingwood, S. And Mirza, I. (2014). Reducing non-attendance in a community mental health team. *The British Medical Journal*, <https://bmjopenquality.bmj.com/content/3/1/u202228.w1114>
- Gilmer, T. P., Dolder, C. R., Lacro, J. P., Folsom, D. P., Lindamer, L., Garcia, P., and Jeste, D. V. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among medicaid beneficiaries with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 692-699.
- Glynn, S.M. (2003). Psychiatric rehabilitation in schizophrenia: Advances and challenges. *Clinical Neuroscience Research*, 3, 23-33.
- Graham, C., Arthur, A. and Howard, R. (2002). The social functionig of older adults with schizophrenia. *Aging and Mental Health*, 6(2), 149-152.
- Harding, C.M., Brooks, C.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S. and Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 727-735.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K.J., Diez, T., Granström, O. and Hert M.D. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200-218.
- Hogarty, G.E. and Ulrich, R.F. (1998). The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and contributions of psychosocial treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 243-250.
- Iati, C.A. and Waford, R.N. (2016). *The psychosis response guide: how to help young people in psychiatric crises*. New York: Springer Publishing Company.

- Kao, Y.C. and Lui, Y.P. (2010). Compliance and schizophrenia: The predictive potential of insight into illness, symptoms and side effects. *Comprehensive Psychiatry*, 51(6), 557-565.
- Kelleci, M. ve Ata, E.E. (2011). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 105-110.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B. and David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. *The British Medical Journal*, 312, 345-349.
- Köroğlu, E. (2015). *Klinik psikopatoloji*. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Kring, A.M. ve Jhonson S.L., Davison, G. and Neale J. (2015). *Anormal psikolojisi*. (M. Şahin, Çev. Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Lieberman, J.A. and Sobel, S.N. (1993). Predictors of treatment response and course of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 6, 63-69.
- Linden, M., Godemann, F., Gaebel, W., Köpke, W., Müller, P., Müller-Spahn, F., ... and Tegeler, J. (2001). A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years. *Schizophrenia Bulletin*, 27(4), 585-596.
- Lysaker, P. and Bell, M. (1994). Insight and cognitive impairment in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 656-660.
- Lysaker, P., Bell, M., Milstein, R., Bryson, G. and Beam-Goulet, J. (2017). Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry*, 57(4), 307-315.
- Macpherson, R., Jerrom, B. and Hughes A. (1996). A controlled study of education about drug treatment in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 709-717.
- Macpherson, R., Edwards, T.Y., Chilvers, R., David, C. and Elliott, H.J. (2009). Twenty-four hour care for schizophrenia. *Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.:CD004409. doi: 10.1002/14651858.CD004409.pub2
- Marder, S.R. (2000). Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(407), 87-90.
- Markova, I.S. and Berrios, G.E. (1992). The meaning of insight in clinical psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 160, 850-860.
- McEvoy, J.P., Scheifler, P.L. and Frances, A. (1999). The expert consensus guideline series: Treatment of schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(11).
- Mete, L. (2014). *Şizofreni-en uzak ülke*. (5. baskı). İstanbul: Say Yayınları.

- Mintz, R.A., Dobson, K.S. and Romney, D.M. (2003). Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 61, 75-88.
- Morisky, D.E., Green, L.W. and Levine D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74.
- Mubarak, A.R. (2005). Social functioning quality of life of people with schizophrenia in the northern region of Malaysia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 200-209.
- Mueser, K.T. and Bond, G.R. (2000). Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 27-35.
- Na, E.J., Kang, N.I., Kim, M.Y., Cui, Y., Choi, H.E., Jung, A. J. and Chung, Y.C. (2015). Effects of community mental health service in subjects with early psychosis: One-year prospective follow up. *Community Mental Health Journal*, 52, 724-730.
- Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer C.A., Walkup, J. And Weiden, P.J. (2000). Prediction medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51(2), 216-222.
- Özdemir, İ., Şafak, Y., Örsel, S., Karaoğlan Kahiroğulları, A. ve Karadağ, H. (2017). Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(5), 419-427.
- Öztürk, M.O. ve Uluşahin, A. (2008). Ruh sağlığı ve bozuklukları. (11.baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.
- Petersen, L., Jeppesen, P., Thorup, A., Abel, M.B., Ohlenschlaeger, J., Ostergaard, T.,... Nordentoft, M. (2005). A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *The British Medical Journal*, <https://www.bmj.com/content/331/7517/602>
- Saha, S., Chant, D., Welham, J. and McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *Plos Medicine*, 2(5), e141.
- Salles, M.M., Barros, S. and Matsukura, T.S. (2016). The Brazilian community mental health care services: Social inclusion and psychosocial rehabilitation. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 3(2), 89-94.
- Salokangas, R. K. R., Honkonen, T., Stengård, E., and Koivisto, A. M. (2001). To be or not to be married—that is the question of quality of life in men with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(8), 381-390.

- Simeone, J.C., Ward, A.J., Rotella, P., Collins, J. Ve Windsich, R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990-2013: A systematic literature review. *BioMed Central Psychiatry*, 15, 193. doi: 10.1186/s12888-015-0578-7
- Sohn, M., Barret, H. and Talbert, J. (2014). Predictors of consumer satisfaction in community mental health center services. *Community Mental Health Journal*, 50, 922-925. doi: 10.1007/s10597-014-9702-2
- Söğütlü, L. (2014). *Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına psikososyal beceri eğitimi uygulaması ve sonuçları*. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Söylemezoğlu, Ü. ve Cansever, A. (1999). Şizofreni tedavisinde psikososyal yaklaşımlar. *Psikiyatri Dünyası Dergisi*, 3, 96-103.
- Tabo, A., Aydın, E., Yumrukçal, H., Yiğit, S., Uzun, U.E. ve Karamustafalıoğlu, O. (2017). Longer duration of untreated psychosis hinders improvement in treatment of chronic schizophrenia: Community based early intervention in an evidence based option. *Community Mental Health Journal*, 53(8), 929-935. doi: 10.1007/s10597-017-0088-9
- Tan Kartal, N. (2013). *Şizofreni hastalarında içgörünün yaşam niteliği, depresyon ve belirti örüntüsüyle ilişkisi*. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011a). *Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönerge*. <https://www.trbism.gov.tr/images/files/mevzuat/yonergeler/trsm-yonerge.pdf> 05.09.2018 tarihinde görülmüştür.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011b). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023)*. Ankara.
- Tham, X.C., Xie, H., Chng, C.M.L., Seah, X.Y., Lopez, V. and Klaining-Yobas, P. (2016). Factors affecting medication adherence among adults with schizophrenia: A literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 797-809.
- Torres, A., Mendes, L.P., Merino, H. and Moran, E.A. (2002). Improving social functioning in schizophrenia by playing the train game. *Psychiatric Services*, 53(7), 799-801.
- Ulaş, H. (2008). İngiltere’de psikiyatrik hizmetlerin sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(ek sayı. 1), 61-64.
- Umud, G., Altun, Z.Ö., Danışmant, B.S., Küçükparlak, İ. ve Karamustafalıoğlu, N. (2012). Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü

- ve agresyon ilişkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25(3), 212-220.
- Usall, J., Araya, S., Ochoa, S., Busquets, E., Gost, A., Marquez, M., and Assessment Research Group in Schizophrenia (NEDES). (2001). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(4), 301-305.
- Usall, J., Haro, J. M., Ochoa, S., Márquez, M., Araya, S., and NEDES group. (2002). Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 337-342.
- Uz Gül, E., Öztürk Can, D., Kılıçaslan Şahin, E.H., Şahin, Ş. ve Şimşek, E. (2014). Kırıkkale toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 15-19.
- Valencia, M., Rascon, M.L., Juarez, F., Escamilla, R., Saracco, R. and Liberman, R.P. (2010). Application in Mexico of psychosocial rehabilitation with schizophrenia patients. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, 73(3), 248-263.
- Varga, E., Endre, S., Bugya, T., Tenyi, T. and Herold, R. (2018). Community-based psychosocial treatment has an impact on social processing and functional outcome in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 9(247). doi: 10.3389/fpsyt.2018.00247
- Weinstein, M.R. and Fischer, A. (1967). Electroconvulsive treatment of a patient with artificial mitral and aortic valves. *The American Journal of Psychiatry*, 123(7), 882-884.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=D09ABA310EAF3F68B48867C2194DA946?sequence=1> 04.09.2018 tarihinde görülmüştür.
- World Health Organization. (2004). *The global burden disease*. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1 10.06.2018 tarihinde görülmüştür.
- World Health Organization. (2018, Nisan 9). Schizophrenia, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> 04.10.2018 tarihinde görülmüştür.
- Yavuz, R. (2008). Şizofreni. *İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi no:62*, 49-58.
- Yen, C.F., Yeh, M.L., Chen, C.S. and Chung, H.H. (2002). Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization and social adjustment for outpatients with schizophrenia: A prospective study. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 443-447.

- Yıldız, M. (2005a). Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir? S, Cankaya, (Ed.), *Neden Nasıl Şizofreni* (2. baskı içinde) (ss. 238-276). Ankara: PEDAY Yayınları.
- Yıldız, M. (2005b). Şizofrenide psikososyal tedaviler. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Science*, 1(12), 67-73.
- Yıldız, M. (2009). Ciddi ruhsal hastalıklarda ruhsal toplumsal tedaviler. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry*, 2(2), 52-56.
- Yıldız, M. (2011). *Şizofreni hastaları için ruhsal toplumsal beceri eğitimi*. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Yılmaz, E. (2016). *Şizofreni hastalarında farkındalık temelli psikososyal beceri eğitiminin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeyine etkisi*. Yayınlanmamış doktora tezi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Yılmaz, S. (2004). *Psikiyatri hastalarında ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Yılmaz, S. ve Buzlu, S. (2012). Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2), 93-103.
- Yüksel, N. (1998). *Psikofarmakoloji*. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi.

EKLER

Ek 1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

1.Doğum Tarihiniz(gün-ay-yıl) :

2.Doğum Yeriniz:

3.Cinsiyetiniz:

- a) Kadın b)Erkek

4.Eğitim Düzeyiniz:

- a) Okur-yazar
b) İlköğretim
c) Ortaöğretim
d) Önlisans
e) Lisans

5.Medeni Durumunuz:

- a) Bekar
b) Evli

6.Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- a) Yalnız
b) Sadece eşinizle
c) Eş ve çocuklar ile
d) Anne ve baba ile
e) Diğer (.....)

7.Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- a) Evet b)Hayır

8.TRSM'ye kayıt olunan tarih:

9.Hastalığınızın başlangıç yaşı:

Ek 2. Sosyal İşlevsellik Ölçeği

Hasta Formu

İSİM: _____

Bu ölçek hastalanmanızdan bu yana ne durumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır. Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

1. Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

	Ç	KAI	ÖSE	BZD	B-y	B-p	İ / M
Ham puan							
Dönüştürülmüş puan							

SOSYAL UĞRAŞI / SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama _____

Hafta sonu ortalama _____

(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

örn. odada tek başına,
tek başına dolaşarak,
radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek v.b.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler

- | | | |
|------|-----------------------------------|--------------------------|
| 0-3 | Tek başına geçirdiği süre çok az. | <input type="checkbox"/> |
| 3-6 | Zamanın bir kısmı. | <input type="checkbox"/> |
| 6-9 | Zamanın önemli bir kısmı. | <input type="checkbox"/> |
| 9-12 | Zamanın büyük bir kısmı. | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Hemen hemen zamanın hepsi. | <input type="checkbox"/> |

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

4. Evden ne sıklıkla çıkıyorsunuz? (herhangi bir nedenle)

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

Onlardan kaçınma

Huzursuz olma

Onları kabul etme

Onlardan hoşlanma

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var?

(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu v.b.)

2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz)

Evet / Hayır

3. Anlamli veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyorsunuz?

Lütfen kutuyu işaretleyiniz

Hemen hemen hiç

Nadiren

Bazen

Sık sık

4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

Çok kolay

Oldukça kolay

Orta

Oldukça zor

Çok zor

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro / konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin; masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme(örneğin; futbol)				
Sanat galerisi / müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma v.b				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek / kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek / kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko v.b.				
Gece kulübü / sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp / dernek				
Kahve / cafe'lere gitme				
Dışarıda yemek yemek				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma v.b.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev v.b.)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma / bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin; koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları v.b.)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz:

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkanma, düzenli olma v.b.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme v.b.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma v.b.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren v.b. binme				
Para harcama				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ / MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet / Hayır

(altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE:

Ne tür bir iş?-----

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? -----

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz?-----

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştınız?-----

Ne tür bir işti?-----

Haftada kaç saat çalışırdınız?-----

Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi? EVET / HAYIR (altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz? EVET / HAYIR (altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

*

Kesinlikle evet / Zorlanırım / Kesinlikle hayır

Ne sıklıkla yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

*

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık



Ek 3. Üçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

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

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

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

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

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

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

- Sıklıkla =2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- Bazen =1 (Hastalığı olduğunu arada düşünmüş)
- Hiç bir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

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

2b. hastaya “bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?” şeklinde sorunuz. (2a. nın maddeleri geçerlidir). Sıklıkla=2, Bazen =1, Hiçbir zaman =0.

2c (2b. eğer1 ya da 2 ise) “Hastalığınızı nasıl açıklarsınız ?” diye sorunuz.

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

3a. “.....(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?” diye sorunuz. Ya da

“.....(özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz”

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

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

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

- “Hastalığımın bir parçası” =2
- “Yorgunluk ve stres” gibi dış olaylara bağlıyorsa =1
- Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

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

0= “Yalan söylüyorlar.”

1= “Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissedirim.”

2= “Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem.”

3= “Bende bir hata olduğumu düşünürüm.”

4= “İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum.”



Ek 4. Morisky Uyum Ölçeği

1- İlacınızı almayı unutuyor musunuz?

evet() hayır ()

2- İlacınızı zamanında almayı unuttur musunuz?

evet() hayır ()

3- Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?

evet() hayır ()

4 – İlaç aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz ilaç almayı bırakır mısınız?

evet () hayır ()


Ek 5. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Etik Kurul İzni


T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ETİK KURUL KARARI

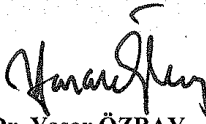
Tarih: 14.04.2017


No: 2017/19

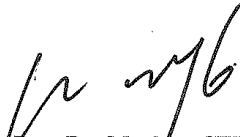
Çalışmanın Türü:	Yüksek Lisans Tezi
Konu:	Anket Uygulama
Başlık:	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne (TRSM) Kayıtlı Hastaların TRSM Programına Katılım Sıklıklarına Göre Sosyal İşlevsellik, İçgörü ve İlaç Uyumu Açısından Karşılaştırılması
Yürütücü:	Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK
Yazar:	Begüm KAYA
Karar:	Olumlu



Prof. Dr. Şener BÜYÜKÖZTÜRK
Eğitim Fak./Etik Kurul Başkanı

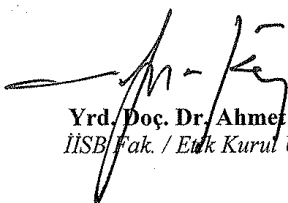

Prof. Dr. Şaban KAYIHAN
Hukuk Fak. / Etik Kurul Üyesi


Prof. Dr. Yaşar ÖZBAY
Eğitim Fak. / Etik Kurul Üyesi


Prof. Dr. Osman Tolga ARICAK
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi


Doç. Dr. Mazlum ÇELİK
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi


Doç. Dr. Şaziye Senem BAŞGÜL
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESER
İİSB Fak. / Etik Kurul Üyesi

Ek 6. İzin Yazısı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

GAZİANTEP İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - GAZİANTEP KHBGS EĞİTİM-ARGE
BİRİMİ

28/07/2017 08:49 - 82370929 - 774.99 - E.710



Sayı : 82370929-774.99
Konu : Araştırma İzni
Begüm KAYA

Sayın: **Begüm KAYA**
Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

İlgi : 04/07/2017 tarihli ve 45000866-BİLA sayılı yazınızı.

İlgi sayılı yazı ile Genel Sekreterliğimize bağlı Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Kayıtlı Hastaların TRSM Programına Katılım Sıklıklarına Göre Sosyal İşlevsellik, İlgörü ve İlaç Uyumu Açısından Karşılaştırılması" konulu tez ile ilgili anket çalışması yapma talebiniz başvuru dosyanızın incelenmesi sonucunda; araştırmayı bizzat yapmanız, araştırma sonuçlarının Tıbbi Hizmetler Başkanlığı'na bildirilmesi ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan izin alınmadan yayınlanmaması kaydı ile araştırmanın yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunulur.

e-imzalıdır.
Abdullah UZUNASLAN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:
- Resmî Yazı (2 Sayfa)

Gaziantep İli Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı
Adana KHBGS EĞİTİM-ARGE
BİRİMİ
Güvenli Elektronik İmza ile Aynıdır

28.10.2017

03423262727/1342

Faks No:03423382601

e-Posta:sonay.metin@saglik.gov.tr İnt.Adresi: sonay.metin@saglik.gov.tr

Bilgi için:Sonay METİN

Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b30ade4a-41cb-4c4a-8698-e851e4dc0bf5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 65587614-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri
- Begüm KAYA

Sayın: **Begüm KAYA**
Dr. Ersin Arslan E.A.H.
(Mücahitler Ek Bina)

İlgi : 09/01/2018 tarihli dilekçeniz.

İlgi'de kayıtlı dilekçe ile talepte bulunduğumuz, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Kayıtlı Hastaların TRSM Programına Katılım Sıklıklarına Göre Sosyal İşlevsellik, İşgörü ve İlaç Uyumu Açısından Karşılaştırılması" konulu tezi ile ilgili anket çalışmamızın, Temmuz - Aralık 2017 tarihleri arasında uygulama yapmak için aldığı izin sürecinizde yeterli sayıda hastaya ulaşamamız nedeniyle araştırmasını Haziran 2018 tarihine kadar devam ettirme talebiniz;

Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığımız tarafından değerlendirilerek, araştırma izinleri kapsamında yapılması, anket çalışmasını araştırmacının bizzat yapması, hastaların onamlarının alınması, araştırmaların ilgili kurumun işleyişini aksatmayacak şekilde ve araştırma sonuçlarının Başkanlığımıza bildirilmesi ve izin alınmadan yayınlanmaması kaydı ile araştırma süresinin uzatılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Gökhan KURT
İl Sağlık Müdürü a.
Personel ve Destek Hizmetleri
Başkanı V.

EKLER:

- Resmi Yazı (1 Sayfa)

Münifpaşa Mah. Kayaönü Sok.

Faks No:03423382601

e-Posta:sonay.metin@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.gaziantepsaglik.gov.tr/

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8796d874-2941-4ffc-bde2-4df34360f3d4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Sonay METİN

Unvan: TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 03423382600

Ek 7. Katılımcı Onam Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma, Psikolog Begüm Kaya tarafından Hasan Kalyoncu Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans bitirme tezi olarak yürütülmektedir. Yapılan çalışmada Şahinbey Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde (TRSM) kayıtlı hastaların TRSM programına katılım sıklıklarına göre sosyal işlevsellik, içgörü ve ilaç uyumu açısından karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün:

Adı-Soyadı:

Tarih ve İmza:

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının:

Adı-Soyadı:

İmza:

Ek 8. Katılımcıların Sosyal İşlevsellik Düzeylerinin TRSM Katılım Sıklıklarına Göre Karşılaştırılmasına İlişkin LSD Post Hoc Analiz Sonuçları

	Katılım	(J) Katılım	Ort. Farkı (I-J)	SH	p
SİÖ	Düşük	Orta	-15.428*	6.058	0.033
		Yüksek	-31.192*	6.78	0.001
	Orta	Düşük	15.428*	6.058	0.033
		Yüksek	-15.763*	6.306	0.037
	Yüksek	Düşük	31.192*	6.78	0.001
		Orta	15.763*	6.306	0.037
Sosyal Uğraşı	Düşük	Orta	-1.003	0.662	0.288
		Yüksek	-2.388*	0.741	0.005
	Orta	Düşük	1.003	0.662	0.288
		Yüksek	-1.385	0.689	0.115
	Yüksek	Düşük	2.388*	0.741	0.005
		Orta	1.385	0.689	0.115
Kişilerarası İşlevsellik	Düşük	Orta	-0.737	0.575	0.408
		Yüksek	-1.424	0.643	0.073
	Orta	Düşük	0.737	0.575	0.408
		Yüksek	-0.687	0.598	0.486
	Yüksek	Düşük	1.424	0.643	0.073
		Orta	0.687	0.598	0.486
Öncül Sosyal Etkinlikler	Düşük	Orta	-1.665	1.422	0.474
		Yüksek	-6.710*	1.592	0.001
	Orta	Düşük	1.665	1.422	0.474
		Yüksek	-5.045*	1.481	0.003
	Yüksek	Düşük	6.710*	1.592	0.001
		Orta	5.045*	1.481	0.003
Boş Zamanları Değerlendirme	Düşük	Orta	-3.106*	1.179	0.026
		Yüksek	-6.335*	1.319	0.000
	Orta	Düşük	3.106*	1.179	0.026
		Yüksek	-3.229*	1.227	0.026
	Yüksek	Düşük	6.335*	1.319	0.001
		Orta	3.229*	1.227	0.026
Bağımsızlık Düzeyi Yetkinlik	Düşük	Orta	-5.321*	1.62	0.004
		Yüksek	-6.152*	1.813	0.003
	Orta	Düşük	5.321*	1.62	0.004
		Yüksek	-0.831	1.686	0.875
	Yüksek	Düşük	6.152*	1.813	0.003
		Orta	0.831	1.686	0.875
Bağımsızlık Düzeyi Performans	Düşük	Orta	-4.035	1.885	0.087
		Yüksek	-7.491*	2.11	0.002
	Orta	Düşük	4.035	1.885	0.087
		Yüksek	-3.456	1.962	0.188
	Yüksek	Düşük	7.491*	2.11	0.002
		Orta	3.456	1.962	0.188
İş Meslek	Düşük	Orta	-1.234	0.765	0.245
		Yüksek	-3.013*	0.856	0.002
	Orta	Düşük	1.234	0.765	0.245
		Yüksek	-1.779	0.796	0.070
	Yüksek	Düşük	3.013*	0.856	0.002
		Orta	1.779	0.796	0.070

Ek 9. Katılımcıların İç görü Düzeylerinin TRSM Katılım Sıklıklarına Göre

Karşılaştırılmasına İlişkin LSD Post Hoc Analiz Sonuçları

Katılım	(J) Katılım	Ort. Farkı (I-	SH	P
Düşük	Orta	-2.771*	0.843	0.004
	Yüksek	-3.759*	0.944	0.001
Orta	Düşük	2.771*	0.843	0.004
	Yüksek	-0.988	0.878	0.500
Yüksek	Düşük	3.759*	0.944	0.001
	Orta	0.988	0.878	0.500

