

**T.C İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH
SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NDE GÜNLÜK
ETKİNLİKLERE KATILAN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA
İLAVE PSİKOSOSYAL BECERİ EĞİTİMİ ALMANIN ÖZNEL
VE NESNEL SOSYAL İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI: KONTROLLÜ KLİNİK İZLEM ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. İMRAN GÖKÇEN YILMAZ KARAMAN

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. MUSTAFA GÜLEÇ

İZMİR OCAK-2018

**T.C İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH
SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NDE GÜNLÜK
ETKİNLİKLERE KATILAN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA
İLAVE PSİKOSOSYAL BECERİ EĞİTİMİ ALMANIN ÖZNEL
VE NESNEL SOSYAL İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİNİN
ARAŞTIRILMASI: KONTROLLÜ KLİNİK İZLEM ÇALIŞMASI**

UZMANLIK TEZİ

DR. İMRAN GÖKÇEN YILMAZ KARAMAN

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. MUSTAFA GÜLEÇ

İZMİR OCAK-2018

TEŞEKKÜR

Bilgi ve birikimlerinden yararlandığım değerli hocalarım, eğitim sorumlumuz Prof. Dr. Lütfullah Beşiroğlu'ya ve idari sorumlumuz Doç. Dr. Levent Mete'ye,

Klinik tecrübesinden faydalanma fırsatı bulduğum, tez çalışmamın her aşamasında bana destek ve cesaret verdiği gibi özgürlük de sağlayan sevgili danışman hocam Doç. Dr. Mustafa Güleç'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışma olanağı bulduğum, çok şey öğrendiğim hocalarım Doç. Dr. Almıla Erol Stenstad'a, Doç. Dr. Demet Gülppek'e, Uzm. Dr. Nabi Zorlu'ya, Uzm. Dr. Serhan Işıklı'ya,

Ruhsal toplumsal süreçlere dikkatimi çeken değerli hocalarım Doç. Dr. Leyla Gülseren'e ve Doç. Dr. Şeref Gülseren'e,

Asistanlık sürecini varlıklarıyla anlamlandıran arkadaşlarıma, bu çalışmaya verdikleri emekten dolayı özellikle Dr. Meltem İzci Kasal'a, Dr. Cem İnceç'e, Dr. Dicle Çaldar ve Dr. Seda Kurt'a, Uzm. Dr. Çiğdem Çolak Kalaycı'ya,

Canım arkadaşım Uzm. Psk. Cennet Yastıbaş'a,

Profesyonelliğı ve arkadaşlığıyla bu çalışmaya yaptığı katkılardan dolayı Uzm. Psk. Funda Gülyüksel'e, gülyüzleri ve yardımsever davranışlarıyla çalışma sürecini kolaylaştıran toplum ruh sağlığı merkezi çalışanlarına,

Bu teze ilham olan Trieste Maddalena Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin çalışanlarına ve değerli hocam Roberto Mezzina'ya,

Destekleriyle hep yanımda olan sevgili aileme,

Sevgisi ve sabrı için eşim Mustafa'ya,

Bana psikiyatri ve dünya hakkında çok şey öğreten hastalarımıza,

Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Teşekkürler.....	i
İçindekiler.....	ii
Simgeler ve Kısaltmalar.....	iv
Şekiller ve Tablolar.....	v
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Şizofreni	2
2.1.1. Tanım.....	2
2.1.2. Tarihçe.....	2
2.1.3. Epidemiyoloji.....	2
2.1.4. Etiyoloji.....	3
2.1.5. Tanı.....	5
2.1.6. Klinik Özellikler.....	7
2.2. Şizofreni Tedavisi	9
2.2.1. Genel Prensipler.....	9
2.2.2. Şizofreninin Psikososyal Tedavisi (Psikiyatrik Rehabilitasyon).....	11
2.2.3. Kanıta Dayalı Uygulamalar.....	12
2.3. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri	16
2.3.1. Kapsam.....	16
2.3.2. Tarihçe.....	17
2.3.3. Türkiye’de Toplum Temelli Ruh Sağlığı.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Örneklem ve Yöntem	21
3.1.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	25
3.1.2. Dışlama Kriterleri.....	25
3.2. Veri Toplama Araçları	26
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	26
3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS).....	26
3.2.3. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP).....	26

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
3.2.4. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ).....	27
3.3. İstatistiksel Değerlendirme.....	28
4. BULGULAR.....	29
4.1. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	29
4.2. Katılımcıların Gruplara Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	30
4.3. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	31
4.3.1. Bağımlı Değişkenlerin Grup İçi Karşılaştırmaları.....	31
4.3.2. Bağımlı Değişkenlerin Gruplar Arası Karşılaştırmaları.....	38
5. TARTIŞMA.....	43
5.1. Sosyodemografik Veriler.....	43
5.2. Klinik Belirtiler.....	44
5.3. Sosyal İşlevsellik.....	45
5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	48
5.5. Çalışmanın Güçlü Yönleri.....	49
6. SONUÇ.....	50
ÖZET.....	51
SUMMARY.....	53
KAYNAKLAR.....	55
Ek-1: Etik Kurul Onayı.....	66
Ek-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	67
Ek-3: Sosyodemografik Veri Formu.....	71
Ek-4: Sosyal İşlevsellik Ölçeği.....	72
Ek-5: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği.....	88
Ek-6: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği.....	90

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
LSD	: Liserjik Asit Dietilamid
NICE	: National Institute For Health and Clinical Excellence
PANSS	: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
PSP	: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği
RUTBE	: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi
RSHH	: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
SIGN	: Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SİÖ	: Sosyal İşlevsellik Ölçeği
SPSS	: Statistical Program for Social Sciences
UCLA	: University of California Los Angeles

ŞEKİLLER VE TABLOLAR

Şekil 1. DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri

Şekil 2. Doğal Sistemlerin Hiyerarşisi

Şekil 3. RUTBE programındaki beceri alanları

Tablo 1. Çalışmaya Katılanların Gruplandırılması

Tablo 2. Olgu Yönetiminde Ana Sorumluluk Alanları ve Beklenen Görevler

Tablo 3. Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin Genel Özellikleri

Tablo 4. Gruplara Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Tablo 5. Grup I'in Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği Puanları

Tablo 6. Grup II'nin Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği Puanları

Tablo 7. Kontrol Grubunun Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği Puanları

Tablo 8. Grup I'in Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Sonuçları

Tablo 9. Grup II'nin Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Sonuçları

Tablo 10. Kontrol Grubunun Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Sonuçları

Tablo 11. Grup I'in Sosyal İşlevsellik Ölçeği Sonuçları

Tablo 12. Grup II'nin Sosyal İşlevsellik Ölçeği Sonuçları

Tablo 13. Kontrol Grubunun Sosyal İşlevsellik Ölçeği Sonuçları

Tablo 14. Tüm Katılımcılar ile Yakınları Tarafından Cevaplanan Sosyal İşlevsellik Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 15. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Ön Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırması

Tablo 16. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Ön Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırması

Tablo 17. Sosyal İşlevsellik Ölçeği Ön Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tablo 18. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Son Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırması

Tablo 19. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Son Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırması

Tablo 20. Sosyal İşlevsellik Ölçeği Son Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

1. GİRİŞ

Dünya çapında 21 milyondan fazla kişiyi etkileyen şizofreni; duygu, düşünce ve davranışlarda bozukluklara yol açan ağır bir ruhsal bozukluktur (1, 2). Ergenlik ve genç erişkinlikte başlayan bozukluk süregelen bir gidiş gösterir. Bireylerde hastalık nedeniyle çalışabilme, ilişki kurabilme, bağımsız yaşayabilme gibi erişkin yaşamının yeterlilikleri gelişemez veya var olan kapasiteleri hasar görür (3). Sosyal işlevsellikte bozulma olarak tanımlanan bu durum aynı zamanda şizofreninin tanısal bir özelliğidir ve sağaltımda ilk sırada kullanılan antipsikotik ilaçlara dirençli olduğu bilinmektedir (4, 5). Şizofrenide antipsikotik ilaçlar belirtilere büyük oranda etkili iken psikososyal tedaviler ile de sosyal işlevsellikte düzelme görülmüştür (6). Şizofreni sağaltımının ideal yönetiminde biyolojik ve psikososyal tedavilerin birlikteliği gereklidir (7). Bütüncül tedavinin şizofrenide morbidite ve mortaliteyi azaltacağı düşünülmektedir (8).

Gelişmiş ülkelerde ruh sağlığı hizmetlerinde hastane temelli modelden toplum temelli modele geçiş yapılmış ve toplum ruh sağlığı merkezleri kurulmuştur. Şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıklarda psikososyal tedaviler ile rehabilitasyon hizmetlerine önem verilmektedir (9). Türkiye’de 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Ruh Sağlığı Politikası’nın yayınlanması ile ruh sağlığı hizmetlerinde toplum temelli modele geçiş dönemi başlamıştır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı’na göre her 100300 bin nüfusa bir toplum ruh sağlığı merkezi açılması planlanmaktadır (10).

Bu çalışmada, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde rutin olarak gerçekleştirilen olgu yönetimi ve iş uğraş terapisine ilave olarak ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanmasının şizofreni hastalarının sosyal işlevselliğine etkisini araştırmak amaçlanmıştır. Hastanın sosyal işlevsellik düzeyi hastanın kendisi, hasta yakını ve klinisyen tarafından ayrı ayrı değerlendirilerek rutin poliklinik hizmeti alan kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Alınacak sonuçların Türkiye’de sayıları giderek artmakta olan toplum ruh sağlığı merkezlerindeki uygulamalara rehberlik etmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın hipotezi toplum ruh sağlığı merkezindeki psikiyatrik rehabilitasyon uygulamalarına yapılandırılmış bir beceri eğitiminin eklenmesinin şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerini geliştireceğidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Tanım

Şizofreni, çoğunlukla ergenlik veya genç erişkinlik dönemlerinde başlayan, kişinin sosyal bağlamından ve gerçeklikten uzaklaşarak kendi dünyasına kapandığı, duygu düşünce ve davranışlarda bozukluklara yol açan bir ruhsal bozukluktur (2).

2.1.2. Tarihçe

Günümüzde şizofreni hastalarında karşılaştığımız belirtiler, tarihi birçok belgede tanımlanmıştır. Bugünkü bilgimizle en eskisi milattan önce 1400 yıllarından kalma Hint Veda yazılı metinleridir (11).

Şizofreninin klinik dikkat odağı olması ise on dokuzuncu yüzyılda gerçekleşmiştir. Emil Kraepelin bozukluğu “dementia precox” olarak adlandırmıştır. Terim “erken bunama” anlamına gelir. Kraepelin böylece bozukluğun erken yaşta bilişsel kayıplara neden olmasına dikkat çekmiştir. Affektif bozukluklar ile ayrımını yapmıştır (12).

Eugen Bleuler ise, literatüre “zihin yarılmaması” anlamına gelen “şizofreni” terimini kazandırmıştır. Hastaların duygu, düşünce ve davranışlarındaki bölünmeyi vurgulamayı amaçlamıştır. Şizofreni için dört temel belirti tanımlamıştır. Bu belirtiler çağrışımında bozukluk, duygulanım bozuklukları, otizm ve ikilemdir (12).

2.1.3. Epidemiyoloji

Şizofreni sıklığının ortanca değeri 100,000 kişide 15.2 olarak hesaplanmıştır. Yaşam boyu yaygınlığının ortanca değeri ise 1000 kişide 4’tür (13). ABD’de şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 100 kişide 1’dir (12). Türkiye’de yapılan epidemiyolojik çalışmada ise şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8.9’dur (14). Şizofreni dünyada 21 milyondan fazla insanı etkilemektedir (1). 2010 yılında yapılan Global Hastalık Yüğü çalışmasında, ruhsal ve davranışsal bozukluklar grubunda yeti yitimi ile geçirilen en fazla yıl sayısına şizofreni neden olmaktadır (15). Bu bağlamda şizofreni aynı zamanda bir halk sağlığı sorunudur.

1990 yılından önce yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yaşam boyu şizofreni yaygınlığı kadın ve erkek cinsiyette eşit bulunmuştur (16). Ancak son yıllarda kadınlarda görülme sıklığının daha az olduğu saptanmıştır (17). Aleman ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptıkları meta-analizde erkeklerde şizofreni gelişme

oranının kadınlardakine oranı 1.42 bulunmuştur (18). Bozukluk, erkeklerde en çok 15-25 yaş aralığında başlarken, kadınlarda bimodal dağılım olarak 25-35 yaş aralığı ile 40 yaş sonrasında tepe noktalarına ulaşır (12, 19). Hastaların yarısından fazlası hiç evlenmemiştir (20). Hiç evlenmemiş olmak, erkek cinsiyet, yüksek semptom şiddeti, düşük remisyon oranı, azalmış mesleki işlevsellik ve düşük sosyoekonomik düzey ile ilişkili bulunmuştur (21).

Şizofreni hastalarının düşük sosyoekonomik düzeye sahip olması 1960'lı yıllardan beri klinisyenlerin dikkatini çekmiştir (22, 23). Şizofreni ile düşük sosyoekonomik düzey ilişkisi, iki varsayım ile açıklanabilir. Neden olma hipotezine göre, sosyal koşullar şizofreni ortaya çıkmasına neden olurken; kayma hipotezine göre şizofreni kişilerin işlevselliklerini bozarak daha düşük sosyoekonomik düzeylere kaymasına yol açmaktadır (24).

Şizofreni için risk oluşturan sosyal etmenler, etnik köken, kentte yaşam ve madde kullanımı olarak ele alınabilir. Azınlık etnik gruplarda, yerel halk ile karşılaştırıldığında şizofreni daha sık görülür (25). Hem kişisel hem ailesel göç öyküsü şizofreni için risk oluşturur (26). Faris ve Dunham 1939 yılında yayınlanan çalışmalarında, şehirde yaşayanlarda şizofreni görülme oranının, şehir dışında yaşayanlara kıyasla daha fazla olduğunu göstermiştir (27). Tekrarlayan çalışmalarda benzer sonuçlar alınmıştır (28, 29). Şehirlerde daha yaygın olarak kötüye kullanılan maddelerden kannabis, psikotik bozuklukların ortaya çıkmasında ve bozukluğun seyrinin kötüleşmesinde etkili bulunmuştur (30).

Biyolojik faktörlerin şizofreni ortaya çıkmasında etkisini araştıran epidemiyolojik çalışmalarda, kış ve baharın erken dönemlerinde doğmak, ileri baba yaşı, gebelik ve doğum komplikasyonları, minör fiziksel anomaliler şizofreni gelişmesi ile ilişkili bulunmuştur (31, 32, 33, 34).

2.1.4. Etiyoloji

Şizofreni oluş nedenleri henüz kesin olarak aydınlatılamamıştır. Epidemiyolojik özelliklerden yola çıkılarak, şizofreninin bu özellikleri birleştirici nitelikte nörogelişimsel bir bozukluk olabileceği öne sürülmüştür (35). Gelişimin erken dönemlerindeki aksamaların, gen ve çevre etkileşimi ile birleşerek bozukluğa yol açtığı günümüzde kabul görmektedir (36).

Genetik Etiyoloji

Şizofreni gelişimine duyarlılığın kısmen kalıtsal olduğu gösterilmiştir. Genel popülasyon için hayat boyu şizofreni riski %1 iken, hastaların birinci derece akrabalarında risk %6.5'e çıkar (37). Hastaların yakınlarında, hasta ile akrabalık derecesi arttıkça hastalanma oranı ve eğer hastalanmış ise rekürrens oranı artar (38, 39).

Yapılan çalışmalarda şizofreni genetiğinin basit Mendel modeline uymadığı görülmüş, klinik ilgi daha karmaşık mekanizmalara yönelmiştir (16). Günümüzde şizofreni, karmaşık genetik bozukluklar grubunda ele alınır. Karmaşık genetik bozukluklarda, her biri fenotip üzerinde küçük etki oluşturan çok sayıda gen bulunmaktadır. Genlerin tek tek anormal fonksiyon göstermesi değil, moleküler ağların disfonksiyonu vurgulanmaktadır (40).

Genetik faktörlerin şizofreni ortaya çıkmasının tek sorumlusu olmadığı, gen çevre etkileşiminin önemi kanıtlanmıştır (41).

Biyokimyasal Etiyoloji

Şizofreni etiyolojisinde nörokimyasal değişiklikler önem taşır. Dopamin hipotezi, antipsikotik ilaçların keşfi ile ortaya çıkmıştır (42). Şizofreni belirtilerinde azalmaya neden olan antipsikotiklerin dopamin reseptörlerini bloke etmesi ve monoamin düzeylerini arttırarak etki gösteren amfetamin gibi uyarıcı maddeler ile psikotik semptomlar meydana gelmesi hipotezi güçlendirmiştir (43, 44).

Yöntemlerdeki teknolojik gelişmeler ile beyindeki dopamin yolları keşfedilmiştir. Mezolimbik dopaminerjik yolaktaki hiperaktivitenin pozitif psikotik belirtilere neden olduğuna ve mezokortikal dopaminerjik yolaktaki hipoaktivitenin negatif psikotik belirtilere neden olduğuna inanılmaktadır (45).

Serotonin hipotezi, yaygın kabul gören dopamin hipotezinden daha erken oluşturulmuştur. Liserjik asit dietilamidin (LSD) halüsinojenik etkileri, bu etkilerin serotonin metabolizması ile oluşması, serotonin şizofreni oluşumunda bir dikkat odağı haline getirmiştir (46). Ancak antipsikotik ilaçların gelişimi ile yerini dopamin hipotezine bırakmıştır (47). Klozapin ve diğer atipik antipsikotikler ile şizofreni semptomlarında düzelme sağlanması, serotonerjik sistemi tekrar gündeme getirmiştir (48).

Serotonerjik ve dopaminerjik sistemler arasında farklı beyin bölgelerinde farklı sonuçlara yol açan dinamik bir etkileşim mevcuttur. Bu etkileşimin kliniğe yansımaları serotonin ve dopamin antagonisti olan atipik antipsikotiklerin kullanımında pozitif belirtilerde azalma sağlanırken, tipik antipsikotiklere kıyasla ekstrapiramidal yan etkilerin ve negatif belirtilerin azalmasıdır (49).

Noradrenalin sinyal artışı, bazı şizofreni olgularının etiolojisinde rol oynamaktadır (50). Glutamat, asetilkolin ve GABA şizofreni etiolojisinde etkili olduğu düşünülen, yeni tedavilerde hedeflenen diğer nörotransmitterlerdir (51).

Beynin Yapısal ve/veya İşlevsel Bozuklukları

Korteksin yapısal ve işlevsel değişiklikleri ile kortikal bölgeler arası bağlantılardaki değişiklikler şizofreni etiolojisinde yer almaktadır. Nörogörüntüleme yöntemlerindeki teknolojik gelişmeler sayesinde bu değişiklikler hakkında bilgi edinmek mümkün olmaktadır. Şizofreni hastalarında gri cevher hacminde azalma ve beyaz cevher bütünlüğünde bozulma gibi yapısal değişiklikler mevcuttur (52). Yapılan meta-analizlerde ortalama beyin hacminin azaldığı ve toplam ventrikül hacminin genişlediği görülmüştür (53).

İşlevsel beyin görüntüleme yöntemlerinden fMRI uygulamaları ile şizofreni hastalarında frontal bölge etkinliğinde azalma ve bazı orta hat yapılarında etkinlik artışı saptanmıştır. Bu çalışmaların ortaklaştığı noktalardan biri de nöral devrelerdeki bağların zayıflamış olmasıdır (2, 54).

2.1.5. Tanı

Bu çalışmada şizofreni tanısı için DSM-5 tanı ölçütleri kullanılmıştır. Şekil 1'de tanı ölçütleri yer almaktadır.

A. Karakteristik Belirtiler:

Bir aylık bir dönemin (eğer belirtiler tedavi ile giderilmişse daha kısa bir sürenin), önemli bölümünde aşağıdaki belirtilerden ikisi ya da daha fazlası bulunur. Bunlardan en az biri sanrılar, varsanılar veya konuşma düzeninde bozulma olmalıdır.

1. Sanrılar
2. Varsanılar
3. Konuşma düzeninde bozulma
4. İleri derecede dezorganize davranış ya da katatoni
5. Negatif belirtiler

B. İşlevsellikte bozulma:

Mesleki, toplumsal işlevsellik ile kendine bakım işlevinde bozukluğun başlaması ile gerileme gerçekleşmiştir. Eğer bozukluğun başlangıcı bu alanlarda gelişimin tam olarak tamamlanmadığı çocukluk veya ergenlik döneminde olmuşsa, kişi bu alanlarda öngörülen işlevselliğe erişememiştir. C. Belirtilerin süresi:

Belirtiler en az altı ay sürmeli, bu sürenin bir ayında (eğer belirtiler tedavi ile giderilmişse daha kısa bir periyodunda) A ölçütünü karşılamalıdır. Kalan sürede eşik altı belirtiler ve/veya negatif belirtiler mevcut olabilir. Prodromal dönem süreye eklenebilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ve duygudurum bozukluklarının dışlanması:

A ölçütünde yer alan bozukluğun aktif döneminde oluşan belirtiler ile birlikte eş zamanlı olarak majör depresyon veya mani dönemi ortaya çıkmamıştır veya bu aktif dönemde duygudurum dönemleri ortaya çıkmış ise de, bozukluğun toplam süresinin az bir kısmında yer alır.

E. Madde etkisi veya genel tıbbi duruma bağlı klinik tabloların dışlanması:

Bu bozukluk kötüye kullanılabilen bir maddenin/ilacın etkilerine ya da genel tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Yaygın gelişimsel bozukluk tanısı varlığında:

Otistik spektrum bozukluğu öyküsü olan hastalarda, tanı kriterlerine ek olarak en az bir ay süreyle (eğer belirtiler tedavi ile giderilmişse daha kısa bir süreyle) belirgin sanrı ya da varsanılar olması durumunda şizofreni ek tanısı konulur.

Şekil 1. DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri (2, 4)

2.1.6. Klinik Özellikler

Şizofreni, davranışın bilişsel, duygusal, algısal yönleri başta olmak üzere birçok yönünü etkileyen, yıkıcı etkileri olan klinik bir sendromdur. Kliniğe yansımaları olan belirti ve bulgular hastadan hastaya değişebilir, hem de aynı hasta için farklı zamanlarda değişim gösterebilir (5). Şizofreninin patognomonik bir klinik bulgusu veya laboratuvar bulgusu yoktur. Ayrıca, şizofreni hastalarında saptanan belirti ve bulgular diğer hastalıklarda da görülebilir (55). Bu nedenle şizofreni tanısı için hastanın ruhsal durum muayenesinin yanında öyküsünün de değerlendirilmesi şarttır (12).

Pozitif ve negatif belirtilerin kavramsallaştırılması on dokuzuncu yüzyılda Reynolds ve Jackson'ın sinir sistemi üzerine çalışmalarından köken alır (56). 1911 yılında Bleuler "Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia" çalışmasında şizofreninin temel belirtilerinin negatif belirtiler olduğunu yazmış; bunları duygulanımda bozukluk, çağrışımlarda bozukluk, ikirciklilik, otizm olarak tanımlamıştır. Bleuler bugün pozitif belirtiler olarak tanımlanan varsanılar, sanrılar ve dezorganize davranışları ikincil belirtiler olarak ele almıştır (57). Schneider tarafından tanımlanan birinci sıra belirtilerde ise, işitme varsanıları, sanrılar hakimdir; Bleuler'in temel belirtileri ile örtüşmez (47). Güncel tanı sistemi DSM-5'te, şizofreni tanısı konabilmesi için sanrılar, varsanılar veya dağınık konuşma belirtilerinin mutlaka olması gerekmektedir (4).

Belirgin psikoz tablosunun ortaya çıkmasından sonra 5 ile 10 yıl arasındaki süreçte bulgular şiddetli olma eğilimindeyken, sonrasında kademeli iyileşmeler görülür (5). Bozukluğun ergenlik ve genç erişkinlikte ortaya çıkması, kronik bir seyir göstermesi, hem hastalar hem aileleri açısından kayıplara neden olmaktadır. Yeti yitimi, alevlenme dönemlerinde aşikar olan pozitif psikotik belirtiler kadar, negatif belirtiler ve bilişsel belirtilerden köken alır. Şizofreninin toplum, aileler ve hasta bireyler üzerinde hem sosyal hem de ekonomik etkisi büyüktür (58).

Şizofreni Hastalarında Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellik kavramı, sosyoloji alanındaki Sosyal Rol Teorisi'nin bir alt başlığı olarak değerlendirilmektedir. Kişinin sosyal rolünün güncel kısmına odaklanır (59). Erol ve arkadaşları sosyal işlevselliği "çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendine bakabilme yetisi" olarak tanımlamışlardır (60). Ergenlik ve

genç erişkinlikte belirtileri başlayan veya şiddetlenen şizofreni, tam da bu evrede gerçekleşen sosyal gelişimi sekteye uğratar; kişilerin bir işte çalışma, kişiler arası ilişkiler kurma gibi erişkin yaşamı yeterliliklerini zedeler veya gelişmelerine engel olur. Böylece sosyal izolasyona, toplumsal beklentileri gerçekleştirmeye yönelik çabalarda tekrarlayan başarısızlıklara ve belirtilerle uygun olmayan baş etme yöntemlerine neden olur (3).

Şizofreni hastalarının yaklaşık üçte ikisi, psikotik bulguların remisyonunda olduğu dönemlerde dahi eş, ebeveyn veya çalışan olarak yerine getirilmesi gereken sorumlulukları yerine getirmekte başarılı olamazlar. Üçte birinden azı çalışabilir, çalışanların çoğunluğu hastalık öncesi işlevselliklerinin gerektirdiğine kıyasla daha düşük ücret ile ve daha az yetenek gerektiren işlerde çalıştırılırlar. Düşük bir oranda evlenirler, evlilikleri genellikle boşanma ile sonuçlanır (61).

Şizofreni hastalarında sosyal işlevselliğin bozulması tanımlayıcı bir özellik olarak değerlendirilmiş, 1980 yılında yayınlanan DSM-III'ten başlayarak güncel tanı sistemlerinde şizofreni için bir tanı ölçütü kabul edilmiştir. Tanı koyulan bütün olgularda sosyal işlevselliğin bozulması veya düzeyinin azalması bulunmalıdır (62, 63, 4).

Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerinin premorbid dönemde bozulmuş olabildiği, premorbid sosyal işlevselliğin düşük düzeyde olmasının prognozu olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (64, 65, 66).

Şizofreni hastalarında negatif belirtilerin şiddeti ve bilişsel işlev bozukluklarının bulunması, daha düşük sosyal işlevsellik düzeyi ile ilişkili en tutarlı yordayıcılardır. Ayrıca pozitif psikotik belirtilerin de sosyal işlevselliği olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (67, 60, 68). Yaş ve hastalık süresi ile depresif belirtilerin şiddeti arttıkça sosyal işlevsellik düzeyi azalır (69, 70). Kadın olmak, bir işte çalışıyor olmak daha iyi sosyal işlevsellik ile ilişkilidir (71, 72).

Diğer psikiyatrik hastalıklarla karşılaştırıldığında, şizofrenide sosyal işlevsellik kaybı en büyüktür. Sosyal işlevselliği arttırmayı hedefleyen tedaviler bu alandaki yeti yitimini azaltabilir (73).

2.2. Şizofreni Tedavisi

Şizofreni oluşumuna neden olan faktörler günümüzde henüz kesin olarak aydınlatılmadığından, güncel şizofreni tedavisi, hastalık belirtilerini gidermeyi amaçlamaktadır (74).

2.2.1. Genel Prensipler

Şizofreni sağaltımında antipsikotik ilaçlardan daha üstün etkinlik gösteren bir seçenek yoktur. Şizofreni tanısı konulduğunda, antipsikotik ilaç tedavisi başlanmalıdır (75). Sağaltımda tek hedef belirtilerin giderilmesi değildir, işlevselliğin ve yaşam kalitesinin artırılması da hedeflenir. Tedavinin ideal yönetiminde hem biyolojik, hem psikososyal yaklaşım gereklidir. Bu yaklaşımlar arasında bir tercih yapılması, birinin diğerine üstünlüğü söz konusu değildir; biyolojik ve psikososyal tedaviler birbirini tamamlayıcıdır (7).

Biyopsikososyal Model

Tıbbın diğer kısımlarının net çerçeveler içinde düzenli bilgilerden oluşmasının aksine, psikiyatri alanı geçtiğimiz yüzyılda bilimsel olmayan görüşlerin, çeşitli düşünce akımlarının, karışık metaforların, rol sınırlarında belirsizliğin, propagandanın, akıl sağlığı politikalarının ve diğer müphem amaçların bir karmaşası olmakla eleştirilmiştir (76). Psikiyatristler bu eleştiriler sonucunda ikiye bölünmüştür. Bir kısım psikiyatriyi tıp alanından ayrı tutarken, diğer kısım tıbbın diğer alanları gibi “medikal model”i benimsemiş, psikiyatrinin alanını beyin hastalıklarına ikincil davranış bozuklukları ile sınırlamıştır (77).

Medikal modelin yapısı indirgeyicidir, kişi parçalara indirgenerek değerlendirilir (2). Hastalık yönelimlidir; normal dışı biyolojik değerler hastalık olarak ele alınır. Engel’in medikal modele eleştirilerinden biri Kartezyen bir yaklaşımla beden ve ruhu ayırmasıdır (78). Engel psikosomatik alanda yaptığı çalışmalarla korku, öfke, ihmal ve bağlanmanın bütün organizmayı etkilediğini görmüştür. Mekanik bir düşünce tarzını benimseyen biyomedikal model yerine, insani ilişkiyi öne çıkararak kişiyi bir bütün halinde ele alan biyopsikososyal modeli önermiştir (78).

Von Bertalanffy ve Weiss tarafından geliştirilen Genel Sistemler Teorisi’ne göre, doğadaki canlılar hiyerarşik bir düzen içindedir. Her sistem kendi içinde bir bütündür ancak hiyerarşik olarak üstünde veya altında yer alan birimler olmadan var olamaz (2).



Şekil 2. Doğal Sistemlerin Hiyerarşisi (79)

Doğada sistemler süreklilik içindedir, birbirinin devamıdır. Ne bir hücre ne de bir kişi tek başına var olabilir. Hücreler dokuları, organları ve kişiyi oluştururken, kişiler toplumu oluşturur. “Her birim aynı anda hem bütün hem de parçadır.” (79). Doğal sistemlerin hiyerarşisi Şekil 2’de gösterilmiştir.

Bilimsel çalışmalarda bu sıralamadan tek bir birim incelenebilir, hekimler için bu birim insandır (79). Kişi, sistem yönelimli biyopsikososyal model ile ele alındığında; hastalık durumunun diğer sistemleri etkileyeceği ve kişinin hastalığının diğer sistemlerden etkileneceği görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı 1948 yılından itibaren “hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlar (80). Ancak günümüz tıp pratiğinde ağırlıklı olarak kullanılan biyomedikal modeldir. Biyomedikal model yönelimli tıp araştırmacıları önemli başarılar elde etmiştir ve model uygulamada öne çıkmaktadır.

Biyomedikal model ile biyopsikososyal model arasındaki ilişki, geçmişte Descartes'ın dualizminin iki kutbuna giden psikososyal ve biyolojik psikiyatri kutuplaşmasından farklıdır. Engel'in biyopsikososyal modeli biyomedikal model ile çelişmekten ziyade, onu güçlendirici ve tamamlayıcıdır (81).

Yakın zamanda nörobilim biyolojik, sosyolojik ve psikolojik deneyimlerin beyin yapısını ve fonksiyonunu değiştirdiğini ispatlayarak beden-zihin ayrımını zorlaştırmıştır (81). Tıpta ve psikiyatride bütüncül yaklaşımın etkisinin ispatlanması açısından bazı gelişmeler yaşanmaktadır. Bu bağlamda Insel, şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıklarda medikal ve psikososyal tedaviler ile genel sağlık bakımının birleştirilmesi ile bütüncül bir yaklaşımın mortalite ve morbiditeyi azaltacağı görüşündedir (8).

2.2.2. Şizofreninin Psikososyal Tedavisi (Psikiyatrik Rehabilitasyon)

Bu tezde, Mueser ve arkadaşları örnek alınarak, “psikososyal tedavi” ile “psikiyatrik rehabilitasyon” terimleri eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Bu terimler ile “ruhsal toplumsal işlevselliği arttırmayı amaçlayan farmakolojik temelli olmayan yaklaşımlar” ifade edilmiştir (82). Türkçe yayınlarda “ruhsal iyileştirim” olarak da bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar iki yüz yılı aşkın sosyal psikiyatri birikiminden miras alınmıştır. Psikiyatri alanını hedefleyen toplumsal hareketler ile yeniden gündeme gelmesi, uygulamada dönem dönem terk edildiğini göstermektedir (83).

İyileşme Modeli/ Hareketi

Kraepelin'den beridir şizofrenide iyileşme nadir, hatta imkansız olarak değerlendirilmiştir (84). Belki bu pesimistik bakışın da katkısıyla yaygınlaşan, ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin şehir merkezlerinden uzak büyük ruh sağlığı hastanelerine kapatılmaları, istem dışı uygulamalar gibi geleneksel tedavi yöntemlerine karşı duran iyileşme modeli, ruhsal hastalıklara bakışı ve tedavi amaçlarını dönüştürmüştür (82). İyileşme kavramı genel olarak bir hastalıktan kurtulma ve tamamen iyi olma şeklinde algılanır. Ruhsal hastalığı olanlar ve onların yakınları ise iyileşmeyi hastalığa ve yetiyitimine uyum sağlayabilme, kendinin farkında olabilme ve güçlenme ile ilişkilendirmişlerdir (85).

İyileşme modelinin temelini ağır ruhsal hastalığı olan veya madde kullanım bozukluğu olan kişilerin üretken ve tatmin edici bir hayat sürdürebilecekleri inancı oluşturur. On dokuzuncu yüzyıldan itibaren var olan model, Adsız Alkolikler'in 1930'lu yıllarda “12 Basamak” adı verilen iyileşme programında kullanması ile tekrar

pratiğe kazandırılmıştır. İyileşme modeli, psikiyatrist Abraham Low'un fikirleri ile geliştirilmiş ve hizmet kullanıcıları tarafından yönlendirilmiştir (86). Amacı anlamlı bir hayat sürmektir, hastalık yerine sağlığa odaklanır (87). Bireyler tedavide edilgen bir rol olan "hasta rolü" yerine "hizmet kullanıcısı" terimini benimsemişlerdir (82).

Tedavinin amacı olarak belirtilerde azalma kadar, işlevselliğin yani; iş ve eğitim etkinliklerinin, bağımsız yaşama ve sosyal ilişkiler kurabilmenin hedeflenmesine iyileşme hareketi katkıda bulunmuştur (88).

Stres Yatkınlık Modeli

Stres, ruhsal hastalıkların meydana gelmesinde sorumlu tutulan etkenlerden biridir. Strese aracılık eden nörobiyolojik süreçler geçtiğimiz yirmi yılda önemli araştırma konuları olmuştur (89). Şizofreninin stres yatkınlık modeline göre, şizofreniye yatkınlık yaşamın erken dönemlerinde genetik ve çevresel faktörler tarafından belirlenerek kişiyi ruhsal ve biyolojik olarak incinebilir kılar. Şizofreni geliştikten sonra da, stresin etkisi hastalığın şiddetlenmesini tetikleyerek ortaya çıkar (90, 91). Benzer şekilde, devrenin ters yönde işlemesi, yani biyolojik incinebilirlik açısından antipsikotik ilaçlar kullanılması ve psikoz oluşturabilecek maddelerden/ilaçlardan kaçınılması ile ruhsal incinebilirlik açısından stresin azaltılması, sosyal destek sağlanması ise hastalığın şiddetlenmesini ve hastane yatışlarını önleyecektir. Şizofrenide psikososyal tedavilerin geliştirilmesine bu yaklaşım hız kazandırmıştır (82).

2.2.3. Kanıta Dayalı Uygulamalar

Aile Müdahalesi

Şizofreni tanısı olan her bireyin yakınlarına aile müdahalesi önerilmelidir. Etkinlik göstermesi için en azından üç aylık bir dönemde on oturum şeklinde yapılması önerilmektedir (7). Randomize kontrollü çalışmalarda, aile müdahalelerinin hastalık belirtilerini şiddetini ve hastane yatışlarını azalttığı, sosyal işlevselliği arttırdığı görülmüştür (92). Bu nedenle şiddetli belirtileri ve yüksek relaps riski olan kişilerde öncelikle tercih edilmesi önerilir. Müdahale iletişim becerileri, problem çözme ve psikoeğitim içermelidir; hastanın da programa dahil edilmesi gereklidir (93).

Bilişsel Davranışçı Terapi

Antipsikotik ilaçlar ile semptomları gerilemeyen, eşlik eden anksiyete bozukluğu veya depresyon tanısı olan hastalara bilişsel davranışçı terapinin faydalı

olduğu düşünölmektedir. Bozukluğun her evresinde kullanılması mümkündür (93). Grup terapisi veya bireysel terapi olarak uygulanması mümkündür (7). Stres yatkınlık modeli bağlamında, hastalık belirtilerinin oluşturduğu stresi azaltarak relaps riskini azaltmaktadır (94).

Destekli İstihdam

Çalışmak isteyen bütün hastalara önerilmektedir, henüz çalışmaya hazır olmayanlar mesleki eğitime yönlendirilebilir (7). Maliyet etkin bir yöntemdir (95). Destekli istihdam ile çalışma, hastalık belirtilerinde, özellikle depresif belirtilerde azalma ve işlevsellikte artmayı sağlamaktadır (96).

İş ve uğraş terapisi başlığı altında değerlendirildiğinde, yarışmalı bir işte çalışmak temel hedef iken, çeşitli sanat ve spor alanlarındaki meşguliyetler bu yoldaki ilk adımdır. Hastaların zamanı iyi geçirmelerini sağlar ve yetersizlik, işe yaramazlık düşüncelerini azaltır (97). Mazhar Osman Uzman da meşguliyetin şizofreni hastalarında olumlu etkileri olduğunu gözlemlemiştir: “El işleri, resim, musiki, satranç oyunu hastayı çok oylar. Akıl hastanesinde bu gibi işe alışanlar biraz salah bulup çıktığı vakit sokak ortasında kalmaz, bir işe yarar, bu da hastayı ümitsizlikle intihara ve dilencilige sevk etmez.” (98)

Bilişsel İyileştirim

Şizofreni hastalarında, sağlıklı popölasyona göre sözel öğrenme, sözel akıcılık, yürütücü işlevler, dikkat gibi bilişsel işlev alanlarında bozulmalar saptanmıştır (99). Bilişsel bozuklukların varlığı ve şiddetlenmesi ile genel işlevsellik düzeyi azalır (100). Ayrıca bilişsel bozuklukların bulunması, hastaların beceri eğitimleri gibi psikososyal tedavilerden yararlanımı azalttığı görölmüştür (101).

Bilişsel iyileştirim yöntemleri bilgisayar eşliğinde veya kalem kağıt ile uygulanabilir. Haftada iki oturum şeklinde üç ile altı ay arası sürede devam edilmesi yararlı bulunmuştur (82). Yapılan meta-analizlerde, bilişsel iyileştirim tedavisinin şizofreni hastalarının bilişsel ve psikososyal işlevselliğini arttırdığı; kapsamlı rehabilitasyon programları ile kombine edildiğinde ise daha başarılı sonuçlar alındığı görölmüştür (102, 103). Bilişsel bozukluklar nedeniyle süreğen sorunlar yaşayan şizofreni hastalarına bilişsel iyileştirim yöntemleri önerilmektedir (93).

Olgu Yönetimi

1950'li ve 1960'lı yılların kurum dışılaştırma hareketinden sonra ağır ruhsal hastalığı olan kişilerin toplum içinde hizmet almaya başlaması ile bu kişilerin farklı psikiyatrik hizmetlere ulaşması ve bu hizmetleri uyum içinde kullanması gerektiği anlaşıldı. Yeni bir hizmet işlevinin gerekliliği, olgu yönetimi kavramını doğurdu (104).

Olgu yönetimi, sosyal psikiyatri ve toplum psikiyatrisi ile sosyal hizmet alanlarında kullanılan genel bir terimdir. Sınırlı kaynaklarla kişinin gereksinimine göre oluşturulan hizmetlerin eşgüdümünü, uyumunu sağlamayı tanımlamaktadır (105). Kişiyi biyopsikososyal bağlamda ele alarak, iyileşme veya hastalığa uyumu hedef alır (106). Ruh sağlığında olgu yönetimi, şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıkları hedefler. Olgu yöneticisi, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, uğraş terapisti veya psikiyatrist olabilir. Psikiyatristler nadiren olgu yöneticiliği yaparlar, çünkü genellikle multidisipliner rehabilitasyon ekibinin lideri ve konsültanı olarak sorumluluk alırlar (107).

Ruhsal hastalığın monitörizasyonu, oral yolla veya enjeksiyon yoluyla kullanılan ilaçların takibi, kan testlerinin ve tıbbi hastalıkların takibi, maluliyet tazminatlarından yararlanma, destekli istihdam, barınma sorunlarının çözümü, gerektiğinde hastane yatışı sağlanması gibi farklı alanlardan hizmet alma olanağı sağlar. Bu farklı ihtiyaçları ele alan bir dizi olgu yönetimi modeli tanımlanmıştır (108). Thonicroft, olgu yönetimi programlarının içeriklerini ve yöntemlerini belirtmeleri gerektiği, böylece diğer programlar ile karşılaştırılmasına, araştırılmasına olanak vereceği görüşündedir (105). Bu programlar standart olgu yönetimi, iyileştirim odaklı toplum tedavisi, yoğun kapsamlı bakım olarak üç temel bölüme ayrılabilir. Ancak uygulamada bu yöntemler arasındaki farklılıkların tespiti oldukça güçtür (109). Hizmetin yoğunluğunu belirleyen etkenlerden biri olgu yöneticisine düşen olgu sayısıdır. Standart bakım için 1:25, yoğunlaştırılmış bakım için 1:10 oranı önerilmektedir (107).

Uygulanan yöntemlerden Yerde Girişken Tedavi¹ hastane yatışlarını azaltmada standart olgu yönetimine üstün bulunmuştur (110). Alt grubuna bakılmaksızın, olgu yönetiminin hastalık belirtilerini azaltarak, hastanın ve ailenin

¹ Orijinal terim (ingilizce): Assertive community treatment

hizmet memnuniyetini, hastaların sosyal işlevselliklerini ve ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini arttırdığı görülmüştür (111).

Liberman, olgu yöneticisinin hasta ile kurduğu ilişkiye ve destek sistemleri ile bağlantısına yaptığı vurgu nedeniyle, bu terimin yerine “kişisel destek uzmanı” teriminin kullanılmasının uygun olduğunu belirtmiştir. Bu yöntem için de “kişisel destek hizmeti” terimini önerir. Hastaların ve ailelerin “yönetilecek olgular” olmak istemediklerini öne sürer, bu terimin hiyerarşik, paternalistik ve damgalayıcı çağrışımları olduğunu gerekçe gösterir (112). Söylemin gücünün ve öneminin farkında olunarak, bu tezde okuyucuda kavram karmaşasına neden olmamak amacıyla yaygın olarak kullanılan “olgu yönetimi” terimi tekrar edilmiştir.

Toplumsal Beceri Eğitimi

Toplumsal beceriler toplumsal algı, toplumsal biliş ve davranışsal ifade etme becerilerinden oluşur. Toplumsal algılama uyarıları uygun şekilde yorumlama ile olur, sözel veya sözel olmayan yüz ifadesi, ses tonu gibi ipuçlarını anlamlandırmaktır. Toplumsal biliş uyarıların değerlendirilerek uygun bir yanıtın planlanmasını gerektirir. Davranışsal ifade etme ise, etkili konuşma ve bedensel ifadeleri uygun şekilde kullanmayı içerir. Etkin toplumsal davranışın oluşumunda bu üç bileşen uyum içinde çalışır. Şizofrenide hastalık belirtilerinden kısmen bağımsız olarak toplumsal işlevler bozulur. Bu durum antipsikotik ilaçlara dirençlidir. Psikososyal açıdan değerlendirildiğinde, hastaların yaşamın daha erken dönemlerinde toplumsal becerileri kazanamamış olmaları, damgalanma, sosyal izolasyon nedenleriyle toplumsal işlev bozukluklarının gelişmesi de mümkündür (5).

Toplumsal becerilerin öğretimi için yöntemler 1970’li yıllarda geliştirilmiştir. Bandura’nın Toplumsal Öğrenme Teorisi temel alınmıştır (113). Motor becerilerin öğretilmesine benzeyen teknikler uygulanır (5). Davranışçı yöntemler izlenerek, senaryo oluşturma ve rol oynama, ev ödevleri ile toplumsal becerileri geliştirmek amaçlanır (12).

Eğitim için geliştirilmiş programlardan hakkında en çok araştırma yapılmış olan Los Angeles Kaliforniya Üniversitesi’nin (UCLA) Toplumsal ve Bağımsız Yaşam Becerileri programıdır. Kolay kullanılabilir bir yöntemdir, paraprofesyoneller tarafından uygulanabilir (114).

NICE ve SIGN kılavuzları toplumsal beceri eğitiminin toplumsal işlevsellik ve negatif belirtilere etkili olduğunu, ancak pozitif belirtilere, hastane yatışlarına ve yinelemelere etkili olduğuna dair yeterli kanıt olmadığını belirtmekte, rutin olarak kullanımını vurgulamamaktadır (7). Ne var ki, belirtileri azaltmak ve yinelemeleri önlemek toplumsal beceri eğitiminin doğrudan değil, dolaylı hedefleridir. Eğitimin temel çıktısı sosyal işlevselliği arttırmak, bireylerin toplumsal durumlardaki öz yeterliliğini arttırmak üzerinedir. Toplumsal başarısızlıkların neden olduğu stresi azaltarak, hastalık belirtileri üzerinde dolaylı etki gösterir (5).

Sosyal etkileşim durumlarında kaygı, gerginlik gibi güçlükler yaşayan hastalara öncelikle önerilmektedir (7).

2.3. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

2.3.1. Kapsam

Ruh sağlığı hizmetleri, tıpta diğer alanlarda olduğu gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon amaçlı hizmetler olarak tanımlanabilir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri bunların tümünü kapsar (115).

Toplum psikiyatristleri geleneksel olarak çalışmalarında çeşitli bakış açılarını kullanmışlardır. Yaygın olarak kullanılan medikal modele kıyasla, biyopsikososyal model toplum psikiyatrisinin ideolojisi ve amacı ile daha iyi örtüşür. Ayrıca tüm toplumun sağlığına odaklanan halk sağlığı modeli de, toplum psikiyatrisi alanının değerleri ve uygulamaları ile uyumludur (116).

Toplum psikiyatrisi 1960'lı yıllardan beri gelişen bir süreçtir. 2001 yılına kadar bu yeni alan için ondan fazla tanım yapılmıştır (117). Thornicroft ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı tanıma göre ise, toplum ruh sağlığı hizmetleri;

- kolay ulaşılabilir ve kültürel olarak kabul edilebilir yollar kullanarak yerel nüfusun ihtiyaçlarına hitap etmek,
- girişimleri ruhsal hastalığı olan kişilerin amaçları ve güçlü yönlerini dikkate alarak geliştirmek,
- mevcut kapasitenin el verdiği ölçüde, eşgüdümlü destek, hizmet ve kaynaklar sağlamak,
- kanıta dayalı ve iyileşme yönelimli hizmetlere önem vermek için gerekli ilkeleri ve uygulamaları kapsamaktadır (118).

2.3.2. Tarihçe

Antik çağlardan beri ruhsal hastalıklar, hem hastalığa yakalanan bireyler için, hem onlara destek olmak isteyen aileler için, hem de toplum için zorlu süreçlere neden olmuştur. Farklı kültürlerin bu süreçlere etkileri olumlu veya olumsuz yönde olabilmektedir. Ortaçağ boyunca Avrupa’da ruhsal hastalıkların, kişinin ahlaken zayıflığı ve günahkarlığı neticesinde meydana geldiği düşünülerek; hastalar cadı avlarının hedefi haline gelmiş, daha şanslı olanlar ise düşkünler için oluşturulan evlere, hapisanelere ve tımarhanelere kapatılmıştır. Aynı dönemde Anadolu kültürlerinde ruhsal hastalığı olanlara insani hizmet sunma çabası mevcuttur, yaklaşım damgalama ve dışlamadan oldukça uzaktır. Benzer şekilde Belçika’nın Geel bölgesinde altıncı yüzyıldan kalan bir efsanenin geleneğe dönüşmesiyle, bölgeye iyileşmeye gelen ruhsal hastalığı olan kişilere profesyonel olmayan bölge sakinlerince yıllar boyunca toplum içinde rehabilitasyon sağlanmıştır (9, 119).

1700’lü yılların sonlarına doğru, Philippe Pinel’in etkisiyle Fransa’da moral tedavi hareketi başlamıştır. Moral tedavi, bugünkü kavramlarla toplumsal tedavi, bireysel terapi ve mesleki terapinin birleşimidir. Bu yaklaşım ile ruhsal hastalığı olanlar, yoğun strese maruz kalmış sıradan insanlar olarak görülmeye başlamış, zincirleme gibi örseleyici uygulamalar sona ermiştir (120). Diğer yandan, hastanın hasta edici sosyal ortamından uzaklaştırılarak hastanede tedavi edilmesi ile, ruhsal hastalıkların tedavisi hastaneler ile sınırlanmıştır. Yine de dönemin hakim uygulamalarına bakıldığında hastanede uygun bir tedavi verilmesi yararlı görünmektedir.

Pinel’in uygulamalarından esinlenen Dorothea Dix, Amerika’da moral tedavi reformunu ilan ederek; ruhsal hastalığı olanların hastalıklarıyla başa çıkmak için ihtiyaç duydukları barınma, beslenme ve bakım hizmetlerinin akıl hastanelerinde sunulmasını savundu. Başlangıçta bu kurumlar hastalara faydalı hizmetlerde bulunurken; toplumun dezavantajlı kısmı olan frengi hastaları, demans hastaları, yoksul kişiler tarafından hızla doldurulması ile faaliyetleri sekteye uğradı. Yetersiz finansman insancıl tedavileri olumsuz etkiledi, hastalar yetersiz tedavi ile veya hiç tedavi almadan akıl hastanelerinde muhafaza edildiler (119). Bir kısım hastanın sık yinelemeler ile akıl hastanelerine tekrar tekrar geri dönmesi ile “döner kapı fenomeni”

tanımlandı. On dokuzuncu yüzyılın sonuna doğru moral tedavinin etkin olmadığı görüşünde birleşildi (121).

On dokuzuncu yüzyılın sonu ve yirminci yüzyılın başında ruh sağlığı alanında gerçekleşen reformlar ve yeni tedaviler, kurumsal bakımın toplum temelli bakıma evrilmesine zemin hazırladı (119). Akıl hastanesinde uygunsuz şartlarda tedavi gören Beers, kurumdaki olumsuz tecrübesini 1908 yılında bir kitapta dile getirdi. Psikiyatrist Adolf Meyer'in de desteğini alan Beers, Amerika'da ruh sağlığı reformunda öncü bir isim oldu (122). Kurum tedavisi gördükten sonra bir araya gelen şizofreni hastaları, New York'ta 1948 yılında Fountain House isminde bir kulüp-ev kurdular. Profesyonellerin de sürece katılmasıyla uygulama, başvuranların iyi ve bağımsız bir yaşam sürebilmelerini kolaylaştırmayı amaçlayan bir rehabilitasyon hizmetine dönüştü. Diğer girişimler için bir rol model oldu (123). İkinci Dünya Savaşı ve sonuçları, ciddi seviyedeki strese karşı savunmasızlığın ve dayanışmanın gücünün anlaşılmasını sağlayarak yönetimlerin tedavilere desteklerini dolaylı yoldan arttırdı (119).

1960'lı yıllarda, sosyal psikiyatri akımı ve antipsikotik ilaçların etkinliğinin görülmesi ile kurum dışılaştırma hareketi başladı. Böylece ağır ruhsal hastalığı olanlar şehir merkezlerinden uzak büyük ruh sağlığı hastaneleri yerine toplum içinde tedavi almaya başladılar (83). Toplumda farklılığın algılanmasındaki değişiklikler ve toplumsal hareketler geleneksel psikiyatri ve psikoloji uygulamalarının yeniden sorgulanmasına zemin hazırlamıştır. Ruhsal hastalığı olanlar toplumsal bir adaletsizliğin mağdurları olarak ele alınmıştır. Szasz ve Foucault gibi yazarlar geleneksel psikiyatri uygulamalarını, akıl hastalığı kavramını eleştiren eserler vermişlerdir, argümanları antipsikiyatri akımına temel olmuştur. Kendi dönemindeki birçok entelektüel ile birlikte, İtalyan kurum dışılaştırma hareketinin öncüsü Basaglia, geleneksel uygulamalara bağlı kalan psikiyatristlerin, toplum normlarına uymayan bireyler üzerinde baskı ve kontrol sağlamayı amaçlayan bir güce sahip olduklarını; bunun mesleğin temeli olan insani ve bilimsel role uygun düşmediğini öne sürmüşlerdir. Bu yeni yaklaşımların etkisiyle psikiyatride kurumsal kültüre ve biyomedikal modele alternatif teoriler ve uygulamalar geliştirilmiştir (121).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin başlaması ile alanda psikologlar yerini aldı. Psikososyal müdahaleler de etkili yöntemler olarak değerlendirildi. 1990'larda

yeni ilaçların keşfi ile şizofreni tedavisinde yeni avantajlar ve yeni yan etkilerle gelen dezavantajlar ortaya çıktı. Klinik uygulamalara rehberlik edecek rehabilitasyon yöntemleri bu dönemlerde geliştirildi. Toplumsal becerilerin, bilişsel desteklerin, mesleki eğitimlerin uygulanması ile bakım maliyetleri %50'ye varan oranlarda azaltıldı. 2000'lere yaklaşırken ise, tedavilerin odak noktası belirti kontrolünden iyileşmeye kaydı. Bağımsız yaşam, kişiye özel anlamlı etkinlikler, yaşam kalitesinde iyileşme hedef alındı. Güncel yaklaşım, ilaçların etkili ancak bütün gereksinimleri karşılamakta yetersiz olduğu; iyileşme odaklı ruh sağlığı hizmetleri ile birleştirilmediği takdirde başarıların geçici olacağı şeklindedir (119).

2.3.3. Türkiye'de Toplum Temelli Ruh Sağlığı

Avrupa ve Kuzey Amerika'da ruh sağlığı hizmetlerinin kurumsaldan toplumsala evrilme süreci, Türkiye'de aksi yönden başlamıştır diyebiliriz. Anadolu kültürlerinde, İslami inancın da etkisiyle akıl hastalarının yaptıklarından sorumlu olmayan, korunmaya muhtaç kişiler olarak değerlendirilmesi; onların izole edilmeyerek toplum içinde yaşamasına olanak vermiştir. Osmanlı İmparatorluğu döneminde çok sayıda bimarhane ve şifahane kurularak, bu hastaların bakımı devlet tarafından üstlenilmiştir. Ancak devletin çöküşü ve yeni bir ülkenin kuruluş sürecindeki savaşlarla bimarhaneler kimsesiz kalanların, iyileşmesi mümkün olmayanların ve savaş gazilerinin konakladığı bir yere dönüşerek, temel işlevinden oldukça uzaklaşmıştır (124, 125). 1924 yılında Bakırköy'de ilk depo hastane açılarak, kurumsallaşma süreci başlamış, ülkenin farklı bölgelerinde yeni hastanelerin açılmasıyla devam etmiştir. Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi, Türkiye'de hastane temelli medikal modelin yeterli miktarda kaynak ile uygulanmadığı görüşündedir (126). Nitekim hastane temelli değil, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri sunan gelişmiş ülkelerdeki birim psikiyatri yatağı sayısı Türkiye'den fazladır (9).

Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa İşkenceyi ve Kötü Muameleyi Önleme Komisyonu, Mental Disability Rights International gibi uluslararası örgütler sundukları raporlarda Türkiye'de ruh sağlığı alanında kaynakların sınırlı olduğuna, toplum temelli hizmetlerin gerekli olduğuna işaret etmişlerdir (124). Eleştiriler ve profesyonellerin görüşleri dikkate alınarak 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Ruh Sağlığı Politikası yayınlanmış, bu metinde toplum temelli modele geçiş

dönemi başlamıştır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı 2009 yılında toplum ruh sağlığı merkezleri açılmasına karar vermiş, 2011 yılında yayınlanan yönerge ile uygulama başlamıştır.

Türkiye'deki ilk merkez Bolu Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne bağlı Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'dir. Merkezin faaliyetleri ayrıntılı değerlendirilerek toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş projesi yapılandırılmıştır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011 yılından 2023 yılına kadar ruh sağlığı alanında planlanan aktiviteleri kapsamaktadır. Her 100-300 bin nüfusa bir tane TRSM açılması planlanmış, çalışacak ekip için eğitim modülleri oluşturulmuştur (10). Soygür, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı oluşturulmasını olumlu bir gelişme olarak değerlendirmekle birlikte, yasal bir bağlayıcılığı olmadığına dikkat çekmiş, Ruh Sağlığı Yasası'nın önemli bir ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır (127). 2017 yılında Ruh Sağlığı Yasa Taslağı, alandaki sivil toplum örgütlerinin de katılımıyla hazırlanmış, ancak henüz yasalaşmamıştır.

TRSM'de verilecek hizmetin kapsamı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge ile belirlenmiştir. Bunlar:

- Ağır ruhsal hastalığı bulunan kişilerin kayıt ve istatistiklerinin tutulması,
- Ruhsal toplumsal becerileri arttırmaya yönelik hizmetler planlanması,
- Hastalık durumunun takibi ve tedavisi,
- Hasta yakınlarına, ilgili personele ve topluma ağır ruhsal bozukluklar hakkında bilgi verilmesi,
- Gerek görülen durumlarda diğer kurum ve kuruluşlarla birlikte çalışılmasıdır (128).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem ve Yöntem

Bu çalışma için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 02.11.2016 tarih ve 285 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde psikiyatri polikliniğinde ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde ayaktan tedavi gören, çalışma kriterlerine uyan hastalar dahil edildi.

Üç grup tanımlandı. Kontrol grubu psikotik bozukluklar polikliniğinde düzenli takibi yapılan hastalardan oluşturuldu. Grup I Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne giden, rutin hizmetlerden yararlanan ancak Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi almayan şizofreni hastalarından oluşturuldu. Grup II Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne giden ve Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi alan şizofreni hastalarından oluşturuldu. Her gruba 30 hasta alınmak üzere toplam 90 hastanın çalışmaya dahil edilmesi planlandı.

Tablo 1. Çalışmaya katılanların gruplandırılması

Grup I	Grup II	Kontrol Grubu
Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne giden, ancak psikososyal beceri eğitimi almayan hastalar	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne giden ve psikososyal beceri eğitimi alan hastalar	Düzenli poliklinik takibine gelen, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne gitmeyen hastalar

İlk ve son değerlendirmede bütün hastalara ve hasta yakınlarına Sosyal İşlevsellik Ölçeği uygulandı. Ek olarak hastalara, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği klinisyen tarafından uygulandı, sosyodemografik veri formu dolduruldu.

Kontrol grubundaki hastalar, psikotik bozukluklar polikliniğinde düzenli takip ve tedavisi yapılan hastalardan seçildi.

Grup I'deki hastalar Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne son 3 ay içinde başlayan hastalardan seçildi. Bu gruptaki hastalar, merkezin rutin hizmetlerinden yararlandılar. Grup II'deki hastalar, Grup I'in aldığı hizmete ek olarak, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde kurum görevlisi Uzm. Psk. Funda Gülyüksel yönetiminde Ruhsal

Toplumsal Beceri Eğitimi'ne katıldılar. Grubun ikinci değerlendirmeleri eğitim bitiminde yapıldı.

Kontrol grubu ve Grup I'in ikinci değerlendirmeleri ilk değerlendirmelerinden 10 ile 12 hafta sonra yapıldı.

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikotik Bozukluklar Polikliniği

Psikotik Bozukluklar Polikliniği, hastane binasında psikiyatri polikliniği içinde bulunmaktadır. Bu poliklinikte rutin poliklinik hizmetinden farklı olarak hastalar; hastalık öykülerini, geçmişte kullandıkları tedavileri ve özgeçmişlerini içeren dosya kayıtları ile takip edilmektedirler. Hastalara yarım saat aralıklarla randevu verilmektedir. Acil durum geliştiğinde hasta veya yakını psikotik bozukluklar polikliniği hekimine telefon ile ulaşabilir.

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

Aralık 2014'te kurulan merkez, 2015 yılında faaliyete geçmiştir. Hastanenin zemin katında bulunur ve bahçesi vardır. Bu tezin yazıldığı Ocak 2018 itibariyle toplam 306 olguya hizmet vermektedir. Olgu kabulünde psikotik bozukluklar veya duygudurum bozuklukları tanısı almış olma koşulu vardır.

Merkezde 4 hemşire, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 uzman psikolog, 1 tıbbi sekreter, 2 temizlik personeli, 1 özel güvenlik tam zamanlı olarak, 3 psikiyatri uzmanı yarı zamanlı ve dönüşümlü olarak çalışmaktadır. Karabağlar Halk Eğitim Merkezi'nden gelen resim, seramik ve el sanatları öğretmenleri ders vermektedir.

Şoför ve araç eşliğinde ev ziyaretleri, kurum ziyaretleri yapılmaktadır.

Merkezde bireysel görüşmeler, grup çalışmaları, atölyeler, bahçe etkinlikleri, mutfak etkinlikleri yapılmaktadır.

Verilen rutin hizmetler olgu yönetimi, uğraş terapisi, medikal tedaviler, psikiyatrik görüşmeler olarak kavramsallaştırılmıştır. Rutin hizmetlere ek olarak, katılmayı kabul eden hasta grupları ile Uzm. Psk. Funda Gülyüksel ve gruba göre değişen koterapist hemşire tarafından Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi gerçekleştirilmiştir.

Olgu Yönetimi

Hastaların biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açılardan iyilik hallerini sağlamaya yönelik hizmetlerin birlikte uyum içinde yürütülmesine olgu yönetimi denir (97). Tedavi planlamasını, hastanın izlemine ve kişisel ihtiyaçlarının tespitini yapan, sürekliliği sağlayan, gerektiğinde diğer profesyonellere yönlendirmesini yapan, hasta ile bire bir ilişki kuran ruh sağlığı personeline de olgu yöneticisi adı verilmektedir (112). Olgu yöneticileri Tablo 2’de belirtilen alanlarda sorumluluk alır. Hastayla, aileyle, hastaneyle, iş yerleri ve diğer kuruluşlar ile etkileşim halinde çalışır. Her hastanın gereksinimine özel hizmet planlaması yapar (97).

Tablo 2. Olgu Yönetiminde Ana Sorumluluk Alanları Ve Beklenen Görevler (97)

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

Olgu yöneticisi bir olgu için sınırlı zamanda değil, ihtiyaca göre esnek şekilde çalışır. İhtiyaç duyulduğunda ilk ulaşılabilecek kişidir, birinci basamaktır. Bu nedenle ideal olarak 10-15 hasta sayısı ve yeterli kaynak desteği olması önerilir (97).

Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE)

Bu çalışmada Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi grup oturumlarının uygulanmasında, Yıldız tarafından hazırlanan eğitici el kitabı temel alınmıştır (129). Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi, farklı beceri alanlarını kapsar. Ruhsal eğitim, toplumsal beceri eğitimi, grup tedavisini ve aile eğitimini içerir. UCLA Toplumsal ve Bağımsız Yaşama Becerileri eğitiminin Belirti Yönetimi, İlaç Tedavisi Yönetimi ve Boş Zamanda Eğlenti modülleri kaynak alınmıştır (130, 131, 132).

Türkiye'nin kültürel özellikleri dikkate alınarak Yıldız ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenmiştir (129). RUTBE'nin genel özellikleri Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin Genel Özellikleri (4)

RUTBE'nin bir grup tedavisi olarak genel özellikleri	
Genel yaklaşım	Eğitsel, etkileşimsel
Hastalığa vurgu	Hastalığın biyolojik, klinik ve kişiler arası ilişki yönleri
Grubun amaçları	Belirtilerle ve doğurduğu bireysel ve toplumsal sorunlarla baş etmenin, tedavi sorunlarıyla başa çıkma taktiklerinin öğrenilmesi Depreşme ve yinelemelerin önlenmesi Uyumsuz davranışlar yerine işlevsel davranışların geliştirilmesi Özgüvenin artırılması Yalıtılmışlıktan kurtulma ve toplumsallaşma
Kullanılan teknikler	Bilgilendirme, deneyimlerin paylaşılması, modelleme, rol oynama, davranışın şekillendirilmesi, pekiştirmeler, sorun çözümleri, alıştırılmalar e ev ödevleri
Zaman vurgusu	Şimdiki zamanı işlemek ve geleceğe hazırlanmak

RUTBE programındaki beceri alanları Şekil 3'te gösterilmiştir.

RUTBE Programındaki Beceri Alanları
<input type="checkbox"/> İletişim becerilerini geliştirmek
<input type="checkbox"/> Sorun çözme becerilerini geliştirmek
<input type="checkbox"/> Dikkat ve bellek sorunlarıyla baş etmeyi öğrenmek
<input type="checkbox"/> Psikoze ve şizofreniyi anlamak
<input type="checkbox"/> Antipsikotik ilaç tedavisini öğrenmek
<input type="checkbox"/> İlaç yan etkilerini öğrenmek
<input type="checkbox"/> Tedaviyi değerlendirmek
<input type="checkbox"/> İnatçı belirtilerle baş etmeyi öğrenmek
<input type="checkbox"/> Uyarıcı işaretleri tanımak ve izlemek
<input type="checkbox"/> Alkol ve uyuşturucudan kaçınmak
<input type="checkbox"/> Faydasız tedavi arayışlarından uzak durmak
<input type="checkbox"/> Stresle baş etmeyi öğrenmek
<input type="checkbox"/> Özgüveni arttırmak
<input type="checkbox"/> Zamanı değerlendirmek ve günlük faaliyetler
<input type="checkbox"/> Arkadaşlık ilişkilerini geliştirmek
<input type="checkbox"/> Toplumsal faaliyetlere katılmak

Şekil 3. Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminde Beceri Alanları (129)

Kasım 2016 ile Aralık 2017 tarihleri arasında, kişi sayısı 9 ile 11 arasında değişen gruplar oluşturuldu. Toplam 37 hasta eğitime dahil edildi.

Belirtilen 16 beceri alanına ek olarak hazırlık ve sonlandırma oturumları yapıldı. Toplam 18 oturum grubun hızına ve resmi tatiller gibi zorunlu aralıklara göre haftada 1 veya 2 oturum yapılarak 10 hafta ile 18 hafta arası sürelerde tamamlandı. Eğitimi tamamlayan hastalara başarı belgesi verildi.

3.1.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri Kontrol

grubu için dahil olma kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 18-65 yaş arasında olmak,
- DSM-5'e göre şizofreni tanı kriterlerini karşılamak,
- Ek psikiyatrik tanısı bulunmamak,
- Takip süresinde en az ayda bir sıklıkta poliklinik kontrolüne gelmek

Grup I için dahil olma kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 18-65 yaş arasında olmak,
- DSM-5'e göre şizofreni tanı kriterlerini karşılamak,
- Ek psikiyatrik tanısı bulunmamak,
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne son 3 ayda kayıt olmuş olmak, en az 15 günde 1 gelmek ve aktivitelere katılmak

Grup II için dahil olma kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
- 18-65 yaş arasında olmak,
- DSM-5'e göre şizofreni tanı kriterlerini karşılamak,
- Ek psikiyatrik tanısı bulunmamak,
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde psikososyal beceri eğitimine katılmak

3.1.2. Dışlama Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek veya ön testlerin yapılmasını kabul ettikten sonra takipte son test ölçümlerini yapmayı kabul etmemek
- Akut alevlenme dönemi içinde olmak veya son 3 ay içinde akut alevlenme yaşamış olmak

- Hastanede yatıyor olmak veya hastaneden en fazla 3 ay önce taburcu olmak
- Aktif olarak alkol ya da psikoaktif madde kullanmak
- Zekâ geriliği ya da demans gibi iş birliğini olumsuz etkileyen hastalığı olmak

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bütün katılımcılara tarafımızca hazırlanan sosyodemografik veri formu uygulandı. Bu form aracılığıyla katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve kimlerle yaşadığı gibi sosyodemografik verilerin belirlenmesi ile; hastalık yılı, kullanılan ilaçlar ve hastane yatış öyküsü gibi klinik verilerin belirlenmesi amaçlandı.

3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Şizofrenide ve diğer psikotik bozukluklarda pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve genel psikopatolojiyi değerlendirmek, bu tanımlanmış alanlardaki belirtilerin şiddetini ölçmek için kullanılır. 1987’de Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir (133). Psikopatoloji bilen görüşmeci tarafından uygulanır, son bir hafta içindeki belirtiler esas alınır. Görüşme tamamlandıktan sonra değerlendirme yapılır.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği toplam 30 maddeden ve 3 alt ölçekten oluşur. Pozitif belirtiler alt ölçeği 7 madde, negatif belirtiler alt ölçeği 7 madde ve genel psikopatoloji alt ölçeği 16 madde ile tanımlanmıştır. Her maddenin şiddeti “1: yok, 2: çok hafif, 3: hafif, 4: orta, 5:orta/ağır, 6: ağır, 7: çok ağır” olmak üzere derecelendirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (134).

3.2.3. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

Şizofreni, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk gibi ağır ruhsal bozukluğu olan hastalarda, sosyal işlevselliğin kolay ve hızlı bir ölçümünü sağlar. 2000 yılında Morosini ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (135). Şizofreni hastalarında zaman içindeki değişimleri saptama açısından yararlı bulunmuştur (136).

PSP, psikopatoloji bilen görüşmeci tarafından uygulanır. Sosyal açıdan yararlı etkinlikler, bireysel ve sosyal ilişkiler, öz-bakım, rahatsız edici ve saldırgan davranışlar şeklinde 4 boyuttan oluşur. Her boyut 6 sıralı değerlendirme (yok, hafif düzeyde,

görünür, belirgin, şiddetli, çok şiddetli) ile derecelendirilir. Her boyutun genel puan üzerinde etkisi aynı olmadığından, kombinasyonlara göre tekrar değerlendirme yapılır. Klinisyenin genel yargısı da hesaba katılmaktadır. Sonuç olarak 1-100 aralığında bir bireysel ve sosyal işlevsellik puanı verir. Düşük puan düşük işlevsellik, yüksek puan yüksek işlevsellik gösterir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (137).

3.2.4. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)

Sosyal işlevsellik ölçeği, kişinin sosyal rol işlevlerini, sosyal davranışlarını nicelik yönünden değerlendirir. Birchwood ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir (138). Hasta ve hasta yakını için ayrı formlar bulunduran bir öz bildirim ölçeğidir. Gizliliğin sağlanması ve karşılıklı yönlendirilmemenin sağlanması amaçlarıyla hasta ve hasta yakını ayrı ortamlarda formu doldurmalıdır. Gerektiği zaman soruların açıklanmasını sağlamak amacıyla ölçeği bilen bir görevli aynı ortamda bulunmalıdır.

Kapsamı, psikososyal girişim programlarından ve yetiyitimi değerlendirme ölçeğinden yararlanılarak oluşturulmuştur. Yedi alt ölçeği bulunur:

1. Sosyal uğraşı/ sosyal geri çekilme: Yalnız geçirilen zaman, karşılıklı konuşmaya başlayabilme, yabancıların varlığında davranışı ölçer. Toplam 5 maddeden oluşur. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-15'tir.

2. Kişilerarası işlevsellik: Arkadaş sayısı, heteroseksüel ilişki, iletişimin niteliğini ölçer. Toplam 4 madde vardır, 1. ve 2. madde birleştirilir. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-9'dur.

3. Öncül sosyal etkinlikler: Sıralanan 22 etkinliğin son 3 ayda ne sıklıkta yapıldığına göre puanlama yapılır. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-66'dır.

4. Boş zaman etkinlikleri: Sıralanan 15 etkinliğin son 3 ayda ne sıklıkta yapıldığına göre puanlama yapılır. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-45'tir.

5. Bağımsızlık-yetkinlik: Sıralanan 13 etkinlik için hastanın son 3 aydaki yeterliliğine göre her madde 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-39'dur.

6. Bağımsızlık-performans: : Sıralanan 13 etkinliğin son 3 ayda ne sıklıkta yapıldığına göre puanlama yapılır. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-39'dur.

7. İş/ meslek: Tam gün gelir getiren bir işte çalışma ya da tam gün öğrenci olma 10 puan, yarım gün gelir getiren bir işte çalışma veya ev işçiliği veya ebeveynlik yapabilme 9 puan, yakın zamana kadar bir işte çalışmış olma ve işten çıkarılma sonucu aktif iş arama 8 puan, rehabilitasyon programı veya meslek edindirme programına devam etme 7 puan olarak değerlendirilir. Bu bölümde eğer ilk iki maddeden biri karşılanmışsa, asteriks bulunan maddeler dikkate alınmaz. İlk iki madde karşılanmıyorsa asteriksli maddeler değerlendirilir. Toplam puan 0-10 aralığındadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (139).

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmada IBM SPSS Statistics 22.0 Windows versiyonu ile istatistikler hesaplandı; tekrarlı ANOVA ölçümleri ve post hoc Bonferroni karşılaştırma testi yapıldı. İstatistiksel olarak anlamlı p değeri $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu çalışma için görüşülen hastalardan kriterlere uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olanlardan kontrol grubuna 31 hasta, Grup I'e 32 hasta, Grup II'ye 37 hasta olmak üzere toplam 100 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Takip sürecinde kontrol grubunda 1 kişi hastalık belirtilerinde kötüleşme nedeniyle hastaneye yatırıldığından, 5 kişi randevuya gelmeme veya testi yeniden yapmak istememe nedenleriyle çalışma dışı kalmıştır. Grup I'de 1 kişi hastalık belirtilerinde kötüleşme nedeniyle hastaneye yatırıldığından, 6 kişi merkeze gelmek istememe, test yapmak istememe nedenleriyle çalışma dışı kalmıştır. Grup II'de ise 9 kişi eğitime 13 oturumdan daha fazla devam etmediğinden çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmanın analizine başlamadan önce veri temizleme işlemi gerçekleştirilmiş ardından ANOVA için normallik, doğrusallık ve varyans homojenliği sayıtları kontrol edilmiştir. Bu doğrultuda boş veriler, yanlış girilen veriler test edilmiş uç değerler kontrol edilmiştir. Her üç gruptan 1'er katılımcının veri setinde uç değerlere sahip olduğu tespit edilmiş ve bu katılımcılar araştırmadan dışlanarak analizler gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamızda Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde rutin olgu yönetimi ve işüğraşı terapisi alan şizofreni hastaları (s=24), bu hizmete ek olarak Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi'ne katılan şizofreni hastaları (s=27) ile ve psikotik bozukluklar polikliniğinde düzenli takibi yapılan şizofreni hastaları (s=24) sosyal işlevsellikleri yönünden takip edilerek birbirleri ile karşılaştırılmıştır.

4.1. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Çalışmaya katılan tüm hastaların (s=75) yaş aralığı 20 ile 65 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları $39.59 \pm 10,972$ olarak hesaplanmıştır. Hastaların %32'si (s=24) kadın, %68'i (s=51) erkektir. Hastaların %90.7'sinin (s=68) bekar, %9.3'ünün (s=7) evli; %94.7'sinin (s=71) ailesi ile yaşıyorken %5.3'ü (s=4) yalnız yaşadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde ortalama eğitim yılı 9.24 ± 4.142 olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların klinik özellikleri incelendiğinde öncelikle hastalığa başlangıç yaşı hesaplanmıştır. Hastalığa başlangıç yaşını elde etmek için hastanın yaşından tedavi yılını çıkarılmış olup hastalığın başlangıç yaşı ortalaması

23.84 ± 8.223 olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların tedavi yılı ortalaması 15.75 ± 9.708 olarak hesaplanmıştır. Tüm katılımcıların %74.7'si (56/75) en az bir kez herhangi bir psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gördüğünü rapor ederken, ortalama yatış sayıları 2.13 ± 2.280 olarak bulunmuştur. Hastaların son hastane yatışlarından sonra geçen süre ortalaması ise 6.98 ± 6.454 yıl olarak hesaplanmıştır. Hastaların farmakolojik tedavileri değerlendirildiğinde bütün hastaların antipsikotik ilaç tedavisi aldığı görülmüştür. Katılımcıların %34.7'si (s=26) tek antipsikotik kullanmakta iken, %33.3'ü (s=25) klozapin dışında antipsikotik kombinasyonları kullanmaktadır. Bununla birlikte katılımcıların %12'sinin (s=9) klozapin monoterapisi aldığı, %20'sinin (s=15) klozapin ile diğer antipsikotik kombinasyonlarını kullandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %38.7'si (s=29) herhangi bir depo antipsikotik ilaç kullanmaktadır.

4.2. Katılımcıların Gruplara Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Tüm katılımcıların Grup I, Grup II ve Kontrol grubuna göre sosyodemografik ve klinik özellikleri ayrı olarak incelenmiştir. Yapılan betimleyici analizler neticesinde grupların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim yılları açısından ve tedaviye ilişkin klinik özelliklerinin dağılımları detaylı olarak Tablo 4'te sunulmuştur.

Grup I'in yaş ortalaması 44.08 ± 9.399; Grup II'nin yaş ortalaması 35.22 ± 12.714 ve Kontrol Grubunun yaş ortalaması 40.00 ± 8.251 olarak hesaplanırken, cinsiyet dağılımları ise Grup I'in %41.7'si, Grup II'nin %29.6'sı ve kontrol grubunun %25'inin kadın olduğu görülmüştür. Medeni durumlarındaki dağılım ise şu şekildedir: Grup I'in %75'i, Grup II'nin %100'ü ve kontrol grubunun %95.8'i bekarıdır. Eğitim yılları incelendiğinde Grup I'in ortalama eğitim yılı 7.96 ± 3.951, Grup II'nin ortalama eğitim yılı 11.30 ± 3.160 ve Kontrol grubunun ortalama eğitim yılı 8.21 ± 4.530 olarak hesaplanmıştır.

Klinik özellikler açısından Grup I'in hastalığın başlangıç ortalaması 26.70 ± 8.740, Grup II'nin 23.18 ± 8.052 ve Kontrol Grubunun ortalaması 21.70 ± 7.351 olarak bulunmuştur. Ortalama tedavi yılları dağılımında Grup I'in ortalaması 17.38 ± 9.207, Grup II'nin ortalaması 23.18 ± 8.052, Kontrol Grubunun ise 21.70 ± 7.351 olarak belirlenmiştir. Grup I'in %18'inin en az bir kere hastane yatışının olduğu, Grup II'nin %16'sının ve Kontrol Grubunun %22'sinin hastane yatışının olduğu tespit edilmiştir.

Yatış sayıları değerlendirildiğinde Grup I'in ortalama hastane yatış sayısı 1.88 ± 2.028 iken Grup II'nin 1.56 ± 2.375 ve Kontrol Grubunun ortalama yatış sayısı 3.04 ± 2.216 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4. Gruplara Göre Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

	Grup I	Grup II	Kontrol
Yaş (ort, SD)	44.08 \pm 9.399	35.22 \pm 12.714	40.00 \pm 8.521
Cinsiyet (Kadın S, %)	10, %41.7	8, %29.6	6, %25
Medeni hal (Bekar S, %)	18, %75	27, %100	23, %95.8
Eğitim yılı (ort, SD)	7.96 \pm 3.951	11.30 \pm 3.160	8.21 \pm 4.530
Kimlerle yaşadığı (aile S, %)	21, %87.5	27, %100	23, %95.8
Başlangıç yaşı (ort, SD)	26.70 \pm 8.740	23.18 \pm 8.052	21.70 \pm 7.351
Tedavi yılı (ort, SD)	17.38 \pm 9.207	12.04 \pm 10.316	18.29 \pm 8.513
Hospitalizasyon öyküsü (pozitif S, %)	18, %75	16, %59.3	22, %91.7
Yatış sayısı (ort, SD)	1.88 \pm 2.028	1.56 \pm 2.375	3.04 \pm 2.216
Son yatıştan sonra geçen yıl (ort, SD)	8.06 \pm 7.386	6.56 \pm 8.238	6.45 \pm 3.961
Klozapin dışı tek AP (pozitif S, %)	10, %41.7	9, %33.3	7, %29.2
Klozapin dışı AP kombinasyonları (pozitif S, %)	8, %33.3	14, %51.9	3, %12.5
Klozapin monoterapisi (pozitif S, %)	4, %16.7	3, %11.1	2, %8.3
Klozapin kombinasyonları (pozitif S, %)	2, %8.3	1, %3.7	12, %50
Depo AP kullanımı (pozitif S, %)	13, %54.2	11, %40.7	5, %20

Ort: ortalama, SD: standart sapma, S: sayı, AP: antipsikotik.

4.3. Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

4.3.1. Bağımlı Değişkenlerin Grup İçi Karşılaştırmaları

Çalışmada yer alan katılımcıların grup içi pozitif negatif sendrom, bireysel ve sosyal performans ve sosyal işlevsellik ölçeklerinin psikososyal tedavilerden önce

alınan ön test ve tedavi bittikten sonra alınan son test ölçümleri arasında anlamlı ilişki olup olmadığını test etmek için eşleştirilmiş örneklem t-Test (Paired sample t test) analizleri hesaplanmıştır.

Tablo 5. Grup I'in Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği Puanları

Grup I	Ön test	Son test	t değeri	p değeri
Pozitif AÖ	9.79 ± 2.431	8.29 ± 1.922	3.000	0.006*
Negatif AÖ	17.63 ± 3.693	13.00 ± 4.054	4.498	<0.001*
Genel Patoloji AÖ	22.92 ± 4.422	19.04 ± 3.381	5.216	<0.001*
Toplam PANSS	50.33 ± 7.340	40.33 ± 6.336	5.451	<0.001*

AÖ: Alt Ölçek, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği.

Tablo 5'te görüldüğü gibi; toplum ve ruh sağlığı merkezinde rutin olgu yönetimi ve iş uğraşı terapisi hizmeti alan hastaların pozitif belirti düzeyleri açısından ön test ve son test verileri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=3.000$, $p=0.006$). Bir başka ifade ile pozitif belirtiler ölçek puanı anlamlı olarak azalmıştır. Negatif belirti düzeyleri incelendiğinde ön test ve son test ölçümleri arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup ($t=4.498$, $p=0.001$) negatif belirtilerde azalma görülmüştür. Genel patoloji alt ölçeğine ilişkin ön test ve son test ölçümleri arasında anlamlı bir fark bulunmuş ($t=5.216$, $p=0.001$) ve genel patoloji ölçek puanlarında azalma tespit edilmiştir. Toplam PANSS puanlarına ilişkin ön test ve son test verileri arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($t=5.451$, $p=0.001$). Psikososyal tedavi alan kişilerin pozitif negatif belirti düzeylerinde azalma saptanmıştır.

Tablo 6. Grup II'nin Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği Puanları

Grup II	Ön test	Son test	t değeri	p değeri
Pozitif AÖ	10.96 ± 3.380	10.85 ± 3.461	0.208	0.837
Negatif AÖ	20.11 ± 6.829	15.74 ± 5.259	4.493	<0.001*
Genel Patoloji AÖ	27.93 ± 5.291	25.74 ± 4.904	2.798	0.10
Toplam PANSS	59.00 ± 12.266	52.33 ± 9.575	4.487	<0.001*

AÖ: Alt Ölçek, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği.

Tablo 6'dan anlaşılacağı üzere Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi alan hastaların pozitif belirti düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($t=0.208$, $p=0.837$); eğitimin pozitif belirti düzeylerine etkisi olmamıştır. Negatif belirti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ($t=4.493$, $p=0.001$) olup eğitimin negatif belirti puanlarında azalma sağladığı görülmüştür. Genel patoloji düzeylerine ilişkin ön test ve son test ölçümleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t=2.798$, $p=0.10$). Son olarak PANSS toplam puanları incelediğinde ön test ve son test ölçümleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=4.487$, $p=0.001$). Bir başka deyişle psikososyal beceri eğitimi pozitif ve negatif belirtiler ölçek puanında anlamlı azalmaya yol açmıştır.

Tablo 7. Kontrol grubunun Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği Puanları

Kontrol	Ön test	Son test	t değeri	p değeri
Pozitif AÖ	11.71 ± 4.982	10.04 ± 2.596	1.964	0.062
Negatif AÖ	16.75 ± 3.566	15.17 ± 4.565	1.540	0.137
Genel Patoloji AÖ	24.21 ± 6.934	25.54 ± 7.425	-0.813	0.425
Toplam PANSS	52.66 ± 13.431	50.75 ± 12.205	0.658	0.517

AÖ: Alt Ölçek, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeği.

Kontrol grubunun Pozitif ve Negatif Sendromlar Ölçeğine ilişkin ön ve son test analizleri Tablo 7'de gösterilmiştir. Kontrol grubunun pozitif belirti düzeylerine ilişkin ön test ve son test ölçümleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1.964$, $p=0.062$). Negatif belirti düzeylerine ilişkin ön test ve son test ölçümleri arasında anlamlı bir fark bulunmamış ($t=1.540$, $p=0.137$) ve genel patoloji düzeyinde de herhangi bir anlamlı fark tespit edilmemiştir ($t=-0.813$, $p=0.425$). Son olarak toplam PANSS puanları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı incelenmiş ve anlamlılık saptanamamıştır ($t=0.658$, $p=0.517$).

Tablo 8. Grup I'in Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Sonuçları

Grup I	Ön test	Son test	t değeri	p değeri
PSP Toplam	59.17 ± 8.427	66.88 ± 8.184	-3.519	0.002*

PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği

Tablo 8’de görüldüğü gibi, Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezinde rutin olgu yönetimi ve iş uğraşı terapisi hizmeti alan hastaların Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği’ne ilişkin ön ve son test analizleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-3.519$, $p=0.002$). Ölçek toplam puanlarında anlamlı bir artış mevcuttur.

Tablo 9. Grup II'nin Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Sonuçları

Grup II	Ön test	Son test	t değeri	p değeri
PSP Toplam	50.19 ± 9.556	61.67 ± 10.742	-7.189	<0.001*

PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği

Rutin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerine ek olarak Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi alan hastaların Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeğine ilişkin ön ve son test analizleri Tablo 9’da sunulmuştur. Ön ve son test arasında anlamlı fark bulunmuştur ($t=-7.189$, $p<0.001$), Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği toplam puanında artış mevcuttur.

Tablo 10. Kontrol grubunun Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Sonuçları

Kontrol	Ön test	Son test	t değeri	p değeri
PSP Toplam	50.00 ± 17.195	55.00 ± 16.418	-1.000	0.328

PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği

Tablo 10’da gösterilen kontrol grubunun Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği toplam puanının ön ve son test analizleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($t=1.000$, $p=0.328$).

Tablo 11. Grup I'in Sosyal İşlevsellik Ölçeği Sonuçları

Grup I	Ön test	Son test	t değeri	p değeri
H-SİÖ-Ç	9.38 ± 2.499	11.63 ± 2.410	-3.544	0.002*
H-SİÖ-KAİ	5.75 ± 1.482	7.25 ± 1.648	-4.274	<0.001*
H-SİÖ-ÖSE	10.08 ± 6.626	14.00 ± 7.989	-2.937	0.007*
H-SİÖ-BZD	13.71 ± 6.189	14.58 ± 6.959	-0.810	0.426
H-SİÖ-BY	34.25 ± 6.720	35.67 ± 4.824	-2.106	0.046*
H-SİÖ-BP	22.42 ± 9.362	23.04 ± 8.395	-0.457	0.652
H-SİÖ-İM	3.08 ± 2.962	3.54 ± 3.647	-1.099	0.283
H-SİÖ-Toplam	98.66 ± 26.951	109.70 ± 28.819	-3.104	0.005*
Y-SİÖ-Ç	8.58 ± 2.765	10.92 ± 2.062	-5.557	<0.001*
Y-SİÖ-KAİ	5.42 ± 1.886	6.25 ± 2.090	-3.122	0.005*
Y-SİÖ-ÖSE	10.21 ± 6.386	9.92 ± 7.040	0.271	0.789
Y-SİÖ-BZD	12.33 ± 5.903	13.17 ± 6.077	-0.787	0.439
Y-SİÖ-BY	31.79 ± 7.331	34.38 ± 6.593	-2.231	0.036*
Y-SİÖ-BP	21.13 ± 9.004	23.92 ± 8.841	-2.613	0.016*
Y-SİÖ-İM	2.25 ± 2.801	2.83 ± 3.409	-1.071	0.295
Y-SİÖ-Toplam	91.70 ± 27.141	101.37 ± 28.703	-2.624	0.015*

H: Hasta tarafından yapılan değerlendirme, Y: Yakını tarafından yapılan değerlendirme, SİÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği, SÇ: Sosyal Çekilme, KAİ: Kişiler Arası İşlevsellik, ÖSE: Öncü Sosyal Etkinlikler, BZD: Boş Zamanları Değerlendirme, BY: Bağımsızlık – yetkinlik, BP: Bağımsızlık – performans, İM: İş/Meslek.

Tablo 11’de Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezinde rutin olgu yönetimi ve iş uğraşı terapisi hizmeti alan hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği’nin alt ölçekleri ve toplam puanlarının, ön ve son test analizleri sunulmuştur. Hasta Ölçeği toplam puanları, takip sonunda anlamlı olarak artmıştır ($t=-3.104, p=0.005$). Hasta Yakını Ölçeği toplam puanları da, takip sonunda anlamlı olarak artmıştır ($t=-2.624, p=0.015$).

Tablo 12. Grup II'nin Sosyal İşlevsellik Ölçeği Sonuçları

Grup II	Ön test	Son test	t değeri	p değeri
H-SİÖ-Ç	8.04 ± 2.624	9.30 ± 3.279	-2.891	0.008*
H-SİÖ-KAİ	5.00 ± 2.320	5.85 ± 2.231	-3.690	0.001*
H-SİÖ-ÖSE	9.81 ± 5.731	13.52 ± 6.790	-4.453	<0.001*
H-SİÖ-BZD	13.59 ± 6.271	15.67 ± 4.844	-2.651	0.013*
H-SİÖ-BY	33.30 ± 6.207	35.59 ± 3.320	-2.402	0.024*
H-SİÖ-BP	23.70 ± 8.905	26.22 ± 8.763	-1.623	0.117
H-SİÖ-İM	3.26 ± 2.640	3.22 ± 2.391	0.176	0.861
H-SİÖ-Toplam	96.70 ± 26.186	109.14 ±22.430	-6.086	<0.001*
Y-SİÖ-Ç	8.78 ± 2.750	10.07 ± 2.645	-2.736	0.011*
Y-SİÖ-KAİ	5.63 ± 1.801	6.30 ± 1.772	-2.944	0.007*
Y-SİÖ-ÖSE	11.04 ± 8.912	12.59 ± 7.137	-0.929	0.361
Y-SİÖ-BZD	13.56 ± 6.009	15.52 ± 6.002	-2.266	0.032*
Y-SİÖ-BY	33.07 ± 5.232	33.89 ± 4.406	-1.164	0.255
Y-SİÖ-BP	23.96 ± 10.136	26.22 ± 8.763	-2.505	0.019*
Y-SİÖ-İM	3.07 ± 2.908	3.04 ± 2.549	0.122	0.904
Y-SİÖ-Toplam	99.11 ± 29.247	107.629 ± 25.726	-2.771	0.010*

H: Hasta tarafından yapılan değerlendirme, Y: Yakını tarafından yapılan değerlendirme, SİÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği, SÇ: Sosyal Çekilme, KAİ: Kişiler Arası İşlevsellik, ÖSE: Öncü Sosyal Etkinlikler, BZD: Boş Zamanları Değerlendirme, BY: Bağımsızlık – yetkinlik, BP: Bağımsızlık – performans, İM: İş/Meslek.

Tablo 12’de rutin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerine ek olarak Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi alan hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği’nin alt ölçekleri ve toplam puanlarının, ön ve son test analizleri sunulmuştur. Takip sonunda Hasta Ölçeği toplam puanlarında anlamlı artış saptanmıştır ($t=-6.086$, $p<0.001$). Ayrıca Hasta

Yakını Ölçeği toplam puanları takip sonunda anlamlı olarak artmıştır ($t=-2.771$, $p=0.010$).

Tablo 13. Kontrol grubunun Sosyal İşlevsellik Ölçeği Sonuçları

Kontrol	Ön test	Son test	t değeri	p değeri
H-SİÖ-Ç	9.88 ± 2.252	10.13 ± 2.213	-0.549	0.588
H-SİÖ-KAİ	4.88 ± 2.271	5.21 ± 1.641	-0.756	0.457
H-SİÖ-ÖSE	9.79 ± 4.969	9.50 ± 6.978	-0.289	0.775
H-SİÖ-BZD	11.83 ± 4.146	11.17 ± 5.164	0.973	0.341
H-SİÖ-BY	28.71 ± 7.474	30.58 ± 6.143	-2.022	0.055
H-SİÖ-BP	16.29 ± 8.013	17.29 ± 9.201	-0.774	0.447
H-SİÖ-İM	1.50 ± 2.126	1.21 ± 2.265	0.547	0.590
H-SİÖ-Toplam	82.87 ± 21.551	85.08 ± 25.719	-0.744	0.464
Y-SİÖ-Ç	11.04 ± 2.246	9.91 ± 2.983	2.144	0.043*
Y-SİÖ-KAİ	5.58 ± 1.886	5.21 ± 1.641	0.841	0.409
Y-SİÖ-ÖSE	10.39 ± 5.844	8.61 ± 4.560	1.353	0.190
Y-SİÖ-BZD	10.22 ± 3.931	11.13 ± 4.957	-0.763	0.453
Y-SİÖ-BY	27.73 ± 6.489	28.64 ± 7.926	-0.681	0.503
Y-SİÖ-BP	16.50 ± 8.456	18.18 ± 10.500	-1.319	0.201
Y-SİÖ-İM	0.74 ± 1.287	0.78 ± 1.126	-0.204	0.840
Y-SİÖ-Toplam	82.26 ± 22.236	80.13 ± 27.791	0.463	0.648

H: Hasta tarafından yapılan değerlendirme, Y: Yakını tarafından yapılan değerlendirme, SİÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği, SÇ: Sosyal Çekilme, KAİ: Kişiler Arası İşlevsellik, ÖSE: Öncü Sosyal Etkinlikler, BZD: Boş Zamanları Değerlendirme, BY: Bağımsızlık – yetkinlik, BP: Bağımsızlık – performans, İM: İş/Meslek.

Kontrol grubunun Sosyal İşlevsellik Ölçeği'nin alt ölçekleri ve toplam puanlarının, ön ve son test analizleri Tablo 13'te görülmektedir. Hasta Ölçeği toplam

puanları ve Hasta Yakını Ölçeği toplam puanları açısından ön ve son test analizleri arasında fark bulunmamıştır (sırasıyla $t=-0.744$, $p=0.464$, $t=0.463$, $p=0.648$).

Tablo 14. Tüm katılımcılar ile yakınları tarafından cevaplanan Sosyal İşlevsellik Ölçeklerinin toplam puanlarının karşılaştırılması

SİÖ Toplam	H-SİÖ	Y-SİÖ	t değeri	p değeri
Ön test	92.90 ± 25.685	91.78 ± 27.047	0.440	0.661
Son test	101.13 ± 27.627	97.05 ± 29.425	1.720	0.90

H: Hasta tarafından yapılan değerlendirme, Y: Yakını tarafından yapılan değerlendirme, SİÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği.

Sosyal İşlevsellik Ölçeği'nin Hasta Ölçeği ve Hasta Yakını Ölçeği ön test toplam puanları arasında ve son test toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $t=0.440$, $p=0.661$, $t=1.720$, $p=0.90$). Değerler Tablo 14'te gösterilmiştir.

4.3.2. Bağımlı Değişkenlerin Gruplar Arası Karşılaştırmaları

Ön Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırmaları

Pozitif negatif sendrom, bireysel ve sosyal performans ve sosyal işlevsellik ölçeklerinin ön test ölçümlerinin gruplar arası karşılaştırması için tek yönlü varyans analizi (one way ANOVA) yapılmış ardından anlamlı fark varsa bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Post-Hoc Testlerinden Bonferroni metodu uygulanmıştır.

Tablo 15. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Ön Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırması

	Grup I	Grup II	Kontrol	İstatistik
Pozitif AÖ	9.79 ± 2.431	10.96 ± 3.380	11.71 ± 4.982	F=1.609 p=0.207
Negatif AÖ	17.63 ± 3.693	20.11 ± 6.829	16.75 ± 3.566	F=3.105 p=0.51
Genel Patoloji AÖ	22.92 ± 4.422	27.93 ± 5.291	24.21 ± 6.934	F=5.502 p=0.006*
PANSS Toplam	50.33 ± 7.340	59.00 ± 12.266	52.66 ± 13.431	F=4.015 p=0.022*

AÖ: Alt Ölçek, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği.

Tablo 15’te görüldüğü gibi Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Pozitif belirti düzeylerinde çalışma öncesinde alınan ön test sonuçları doğrultusunda gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($F=1.609, p=0.207$). Negatif belirti düzeylerine ilişkin ön test ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F=3.105, p=0.51$). Genel patoloji düzeylerine yönelik ön test sonuçları karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı bir fark keşfedilmiştir ($F=5.502, p=0.006$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için uygulanan bonferroni metodu sonuçları incelendiğinde Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi alan grubun (Grup II) genel patoloji puanının Grup I’in genel patoloji puanına göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.007$). Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği toplam puanının ön test ölçümlerinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4.015, p=0.022$). Bonferroni sonuçları Grup II’nin toplam pozitif ve negatif sendrom puanınının Grup I’e göre daha yüksek olduğunu göstermiştir ($p=0.025$).

Tablo 16. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Ön Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırması

	Grup I	Grup II	Kontrol	İstatistik
PSP Toplam	59.17 ± 8.427	50.19 ± 9.556	50.00 ± 17.195	F=4.472 p=0.015

PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği

Tablo 16’dan anlaşıldığı üzere Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği ön test ölçümlerine göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4.472, p=0.015$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için yapılan bonferroni sonuçları Grup I’in Grup II’ye göre ($p=0.035$) ve Grup I’in Kontrol Grubuna göre ($p=0.033$) bireysel ve sosyal performans ölçeği puanının daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Tablo 17. Sosyal İşlevsellik Ölçeği Ön Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

	Grup I	Grup II	Kontrol	İstatistik
H-SİÖ- Toplam	98.66 ± 26.951	96.70 ± 26.186	82.87 ± 21.551	F=2.867 p=0.063
Y-SİÖ- Toplam	91.70 ± 27.141	99.11 ± 29.247	83.62 ± 22.751	F=2.147 p=0.124

H: Hasta tarafından yapılan değerlendirme, Y: Yakını tarafından yapılan değerlendirme, SiÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği.

Tablo 17’de görüldüğü gibi Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin Hasta Ölçeği ön testlerinin gruplar arası karşılaştırmasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=2.867$, $p=0.063$). Bununla birlikte, hasta yakını tarafından doldurulan ölçeğin ön testleri arasında gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=2.147$, $p=0.124$).

Son Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırmaları

Grupların pozitif ve negatif sendrom, bireysel ve sosyal performans ve sosyal işlevsellik ölçeklerinin son test puanları arasında bir fark olup olmadığını ve varsa bu farkın psikososyal tedavi gruplarından kaynaklanıp kaynaklanmadığını test etmek için grupların son test puanlarına, ön test puanları “ortak değişken” alınarak ANCOVA analizi yapılmıştır.

Tablo 18. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği Son Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırması

	Grup I	Grup II	Kontrol	İstatistik
Pozitif AÖ	8.29 ± 1.922	10.85 ± 3.461	10.04 ± 2.596	F=5.048 p=0.009
Negatif AÖ	13.00 ± 4.054	15.74 ± 5.259	15.17 ± 4.565	F=2.299 p=0.108
Genel Patoloji AÖ	19.04 ± 3.381	25.74 ± 4.904	25.54 ± 7.425	F=9.454 p<0.001
Toplam PANSS	40.33 ± 6.336	52.33 ± 9.575	50.75 ± 12.205	F=8.710 p<0.001

AÖ: Alt Ölçek, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği.

ANCOVA sonuçlarına göre; Grup I, Grup II ve kontrol gruplarında yer alan hastaların pozitif belirti alt ölçeğinin ön test puanları kontrol altına alındığında, son test puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5.048$, $p=0.009$). Hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu tespit etmek için yapılan bonferroni metodu sonucunda Grup I’in pozitif belirti düzeyinin kontrol grubuna ($p=0.001$) ve Grup II’nin pozitif belirti düzeyine ($p=0.004$) göre daha fazla azalma gösterdiği görülmüştür. Başka bir deyişle, çalışmaya katılan hastaların pozitif belirti düzeylerindeki azalma, aldıkları psikososyal tedavi programları (özellikle Grup I) ile ilişkilidir. Negatif belirti

düzeylerine bakıldığında ise grupların son test ölçümleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=2.299$, $p=0.108$). Genel patoloji puanlarının son test ölçümleri arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiş ($F=9.454$, $p=0.000$) olup bonferroni sonuçlarına göre Grup I'in kontrol grubu ($p=0.000$) ve Grup II'nin ($p=0.012$) puanlarına oranla daha anlamlı azalma gösterdiği bulunmuştur. Toplam Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği puanlarının son test ölçümlerinde gruplar arası anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($F=8.710$, $p=0.000$). Gruplar arası fark analizlerinde Grup I'in Kontrol Grubu ($p=0.001$) ve Grup II'ye ($p=0.004$) göre daha anlamlı azalma gösterdiği bulunmuştur (bkz: Tablo 18).

Tablo 19. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği Son Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırması

	Grup I	Grup II	Kontrol	İstatistik
PSP Toplam	66.88 ± 8.184	61.67 ± 10.742	55.00 ± 16.418	F=4.265 p=0.018

PSP: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği

ANCOVA sonuçlarına göre; grupların bireysel ve sosyal performans ölçeği puanlarının ön test ölçümleri kontrol altına alındığında son test puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($F=4.265$, $p=0.018$). Gruplar arası farkın incelenmesi için yapılan bonferroni sonuçları Grup I'in kontrol grubuna göre bireysel ve sosyal işlevsellik puanlarının istatistiksel olarak daha fazla arttığını göstermiştir ($p=0.017$). Bir başka anlatımla, bireysel ve sosyal işlevsellik puanlarındaki artış psikososyal tedavi ile ilişkilidir (bkz: Tablo 19).

Tablo 20. Sosyal İşlevsellik Ölçeği Son Test Sonuçlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

	Grup I	Grup II	Kontrol	İstatistik
H-SİÖ- Toplam	109.70 ± 28.819	109.14 ± 22.430	85.08 ± 25.719	F=5.277 p=0.007
Y-SİÖ- Toplam	101.37 ± 28.703	107.62 ± 25.726	80.13 ± 27.791	F=4.639 p=0.013

H: Hasta tarafından yapılan değerlendirme, Y: Yakını tarafından yapılan değerlendirme. SİÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği.

ANCOVA sonuçları; sosyal işlevsellik ölçeğinin hasta tarafından doldurulan form puanlarının ön test ölçümleri kontrol altına alındığında son testleri arasında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğuna işaret etmiştir ($F=5.277$, $p=0.007$). Bonferroni sonuçları incelendiğinde Grup I'in kontrol grubuna göre ($p=0.030$) ve Grup II'nin kontrol grubuna göre ($p=0.011$) sosyal işlevsellik puanının anlamlı olarak daha fazla arttığı görülmüştür. Grup I ile Grup II arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız olsa da ($p=1.000$) Grup II'deki işlevsellik artış puanı Grup I'e oranla daha fazladır. Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin hasta yakını tarafından doldurulan formunun ANCOVA ile ön test ölçümleri kontrol altına alındığında son test puanları arasında gruplar arası anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=4.639$, $p=0.013$). Gruplar arası farkı tespit etmek için yapılan bonferonni sonuçları; Grup I'in kontrol grubuna göre ($p=0.032$) ve Grup II'nin kontrol grubuna göre ($p=0.025$) sosyal ve bireysel işlevsellik puanlarının daha fazla arttığını göstermiştir. Grup I ile Grup II arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğunu ($p=1.000$) hesaplanmış ancak Grup II'nin sosyal ve bireysel işlevsellik puan artışının Grup I'e göre daha fazla olduğu görülmüştür (bkz: Tablo 20).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde rutin olgu yönetimi ve iş uğraş terapisi alan şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve klinik belirtilerinin şiddeti ile, buna ek olarak Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi alan hastaların sosyal işlevsellikleri ve klinik belirtilerinin şiddeti; birbirleri ile ve Psikiyatrik Bozukluklar Polikliniği'nde takip edilen ancak TRSM hizmeti almayan hastaların sosyal işlevsellikleri ve klinik belirtilerinin şiddeti ile karşılaştırılmıştır. Ek olarak Ruhsal Toplumsal Beceri eğitimi alan şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeyine etkisinin araştırılması ve ülkemizde yaygınlaşan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin uygulanmasında rehberlik etmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, üç grup halinde, şizofreni tanısı almış 100 hasta çalışmaya alınmış, yaklaşık 3 aylık bir takip süresinin sonunda 78 hastanın son değerlendirmeleri yapılmıştır. Çalışmacı tarafından Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği ilk değerlendirmede ve son değerlendirmede uygulanmıştır.

5.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmaya katılan hastaların yaşları 20 ile 65 arasında değişmektedir. Tüm grupların yaş ortalaması 39.59 ± 10.972 'dir. Grupların yaş ortalamaları Grup I için 44.08 ± 9.399 , Grup II için 35.22 ± 12.714 ve kontrol grubu için 40.00 ± 8.521 olarak hesaplanmıştır. Eğitim yılı ortalamaları Grup I için 7.96 ± 3.951 , Grup II için 11.30 ± 3.160 ve kontrol grubu için 8.21 ± 4.530 olarak hesaplanmıştır. Tedavi yılı ortalamaları ise Grup I için 17.38 ± 9.207 , Grup II için 12.04 ± 10.316 ve kontrol grubu için 18.29 ± 8.513 'tür. Gruplar arası yaş farkı, eğitim yılı farkı ve tedavi yılı farkı çalışma esnasında kliniğin çalışma düzeninin ve sunulan hizmeti aksatmamanın öncelenmesi nedeni ile oluşmuştur. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ekibi tarafından bütün hastalar ayırım yapılmadan Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi'ne katılmaya davet edilmektedir ancak geri dönüş yaparak eğitimi tamamlayanların daha genç, daha eğitilmiş, daha az süredir tedavi alan hastalar olduğu görülmektedir.

Katılımcıların %32'si kadın, %68'i erkektir. Bulgular yerli ve yabancı literatürde erkeklerde şizofreni görülme riskinin daha fazla olduğu bilgisini

desteklemektedir (14, 18). Ne var ki, bu durumun dünyanın pek çok bölgesinde olduğu gibi Türkiye’de de kadınların sağlık hizmetine daha az ulaşabildiği gerçeğinden de kaynaklanabileceği akılda tutulmalıdır (140).

Hastaların %90.7’si bekar, %9.3’ünün evli olduğu görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2013 verilerine göre 15 yaş üstü nüfusun yaklaşık %63’ünün evli olduğu dikkate alındığında, katılımcıların içinde buldukları toplumun normlarına göre rol işlevselliğini gerçekleştirememesi veya sürdürememesi mevcuttur (141).

Katılımcıların hastalık başlangıç yaşı ortalaması 23.84 ± 8.223 olarak tespit edilmiştir. Şizofreninin genç erişkinlikte başlayan bir bozukluk olduğu bilinmektedir (2).

Bütün katılımcılar antipsikotik tedavi kullanmaktaydı. Bu durumun grupların ayaktan tedaviye başvuran hastalar arasından seçilmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Katılımcıların %74.7’si en az bir kez yatarak tedavi görmüştür ve ortalama yatış sayısı 2.13 ± 2.280 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular, toplum hastane denge modeli yönünde bir uygulamaya gidişin benimsendiği ülkemizde, şizofreni hastaları için hastanede yatarak tedavi alma deneyiminin önemini vurgulamaktadır. Yatış esnasında yapılacak bütüncül müdahaleler bu çalışma özneline düşünüldüğünde hastaların %74.7’sini hedef alacaktır.

5.2. Klinik Belirtiler

Bu çalışmada hastalık belirtileri Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ile klinisyen tarafından değerlendirilmiştir.

Grup I’in PANSS bütün alt ölçeklerinde takip sonucunda anlamlı azalma görülmüştür. Bulgular TRSM’ye düzenli olarak başvuran olguların PANSS skorlarında anlamlı azalma görülmesi ile uyumludur (142).

Grup II’nin PANSS Negatif Belirtiler Alt Ölçeği puanı ve toplam puanında takipte anlamlı azalma görülmüştür. Benzer şekilde, Söğütü ve arkadaşlarının yaptıkları kontrollü izlem çalışmasında Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi alan hastaların takipte PANSS Negatif Belirtiler Alt Ölçeği, Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği ve PANSS toplam puanlarında anlamlı azalma görülmüştür (143).

Kontrol grubunun Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği değerleri beklendiği üzere takip sonunda farklılık göstermemiştir.

Ön testlerde, gruplar arasında Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği ve Negatif Belirtiler Alt Ölçeği puanları açısından fark bulunmamaktadır. Ancak Genel Patoloji Alt Ölçeği ile PANSS toplam puanı Grup II'de anlamlı olarak yüksektir. Son testlerde ise, ilk ölçümler kontrol altına alındığında Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği'nde, Genel Patoloji Alt Ölçeği'nde ve PANSS toplam puanında Grup I'deki azalma Grup II'ye göre daha fazladır. Grup II'nin ön test PANSS skorlarındaki anlamlı yükseklik psikososyal tedaviden yararlanım oranını düşürmüş olabilir.

5.3. Sosyal İşlevsellik

Bu çalışmada sosyal işlevsellik Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği ile klinisyen tarafından, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ile hasta ve hasta yakını tarafından değerlendirilmiştir.

SİÖ hasta ölçeği ve hasta yakını ölçeğinin ön test değerlendirmelerinde gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. Ayrıca hasta ölçeği ve hasta yakını ölçeği toplam puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak PSP ön test değerlendirmesinde Grup I'in toplam puanı diğer gruplardan anlamlı olarak yüksektir. Buradan hareketle, klinisyen tarafından yapılan değerlendirmeye göre ön test esnasında Grup I'in sosyal işlevselliği diğer gruplardan daha yüksek olmakla birlikte, hasta ve hasta yakını tarafından yapılan değerlendirme sonuçlarına göre sosyal işlevsellikler arasında anlamlı fark yoktur.

Ön test ölçümleri kontrol altına alınarak SİÖ son test ölçümleri değerlendirildiğinde, Grup I'in ve Grup II'nin kontrol grubuna göre toplam puanlarında anlamlı artış görülmüştür. Grup I ve Grup II arasında ise SİÖ son test toplam puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. İstatistik olarak anlamsız olmasına rağmen, Grup II'deki artış puanının Grup I'e göre daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışmacılar, daha büyük örneklem ile yinlendiğinde, bu farkın anlamlı olacağı görüşündedir.

Sonuçlar bu konuda yapılan diğer araştırmaların sonuçları ile uyumludur. Ensari ve arkadaşları tarafından Bolu RSHH TRSM'de şizofreni hastaları ile yapılan

çalışmada, Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi'ni de içeren bir rehabilitasyon programı uygulanmış, 1 yıllık izlemin sonucunda hastaların SİÖ puanlarında anlamlı artış görülmüştür (144). Arslan ve arkadaşları tarafından Bakırköy RSHH Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi'nde şizofreni tanılı hastalar ile gerçekleştirilen çok boyutlu psikososyal girişimlerden oluşan, bu çalışmada kullanılan Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi'ne benzer içeriği olan rehabilitasyon programı sonucunda hastaların PANSS değerlerinde anlamlı azalma ve SİÖ toplam puanlarında anlamlı artış izlenmiş, programın etkilerinin 3 yıl sonra yapılan değerlendirmede de devam ettiği görülmüştür (145). Gül ve arkadaşları tarafından Kırıkkale'de bir TRSM'de Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi'ni de içeren rehabilitasyon programına alınan hastaların takipte Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği puanlarında anlamlı azalma görülmüştür (146). Özdemir ve arkadaşları tarafından Ankara'da yapılan bir çalışmada, TRSM'de düzenli olarak takip edilmiş olan şizofreni hastaları ile poliklinikte izlenen şizofreni hastalarının kesitsel değerlendirmesi yapılmıştır. TRSM'de ruhsal eğitim, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi ve ergoterapi çalışmalarından en az üçüne katılan hastaların Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği puanlarının anlamlı olarak daha az olduğu saptanmış ve İşlevsel Faaliyetler Anketi ve Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Yazarlar Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin mesleki işlevsellik, mali konular, kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanlarında farklılık görülmediğini, mesleki rehabilitasyon ve bağımsız yaşama becerilerinin geliştirilmesi için girişimlere ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır (147). Bu çalışmada da, SİÖ İş Meslek Alt Ölçeği'nde takip sonunda yapılan değerlendirmelerde fark bulunmaması, TRSM uygulamalarında mesleki rehabilitasyona ağırlık verilmesine motivasyon oluşturabilir.

Kore'de yapılan bir çalışmada, TRSM'de bir yıl boyunca takip edilen ilk atak psikoz hastalarının PANSS skorlarında anlamlı azalma ve SİÖ ölçek puanlarında anlamlı yükselme saptanmıştır (148).

Ön test ölçümleri kontrol altına alınarak PSP son test ölçümleri değerlendirildiğinde gruplar arası farkın Grup I'deki artışın fazlalığından kaynaklandığı görülmüştür. Ancak hem Grup I hem Grup II'nin grup içi son test PSP

değerlendirmelerinde ön test sonucuna göre anlamlı artış saptanmıştır. Çakmak ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada, iş uğraş terapisi alan psikotik bozukluk tanılı ve başka psikiyatrik tanılar almış hastaların PSP puanlarında anlamlı yükselme görülmesi ile uyumludur (149).

Şizofrenide sosyal işlevselliğin değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerin değerlendirildiği bir çalışmada, SİÖ'nün yetkinlik ve performansı ayırabilmesi olumlu bir özellik olarak belirtilmiştir. Yine de, “boş zamanları değerlendirme” gibi sosyal işlevsellik alanlarının bir kısmı, yetiyitimi fazla olan kişilerde veya kültürel koşullar ile belirlenen durumlarda etkisiz kalabilmektedir. PSP'nin ise birçok kontrollü çalışmada geçerli ve güvenilir olduğu vurgulanmıştır. Çoğu hastanın uzun süreden beri var olan yeti yitimi olduğundan ve bu kayıplar yavaş düzelmeye gösterdiğinden, ölçüm yöntemlerinin küçük değişiklikleri algılaması önemli bulunmaktadır (150).

Çalışmanın takip süresinin psikososyal tedaviler penceresinden değerlendirildiğinde nispeten kısa olması, ölçüm araçlarının kültürel farklılıklardan etkilenmiş olması mümkündür. Temel hedefi toplumsal hayatta hastalıktan ileri gelen başarısızlıkları, bunların neden olduğu stresi azaltmak, kişinin öz yeterliliğini arttırmak olan toplumsal beceri eğitiminin kişinin sosyal işlevselliğinde yaptığı değişiklikleri eldeki ölçekler ile saptayamamış olabiliriz (5). TRSM takibine ek olarak RUTBE programına katılan hastalarda TRSM'de rutin hizmetleri alan hastalara ek olarak beklenen artışın görülmemesinin sebepleri bunlar olmuş olabilir. Ayrıca Grup II'nin başlangıç PANSS skorunun diğer gruplara göre anlamlı yüksek oluşu ile Grup I'in başlangıç PSP skorunun diğer gruplara göre anlamlı yüksek oluşu bu durumun kaynağı olabilir. Yani Grup I'in Grup II'ye göre başlangıç noktasında sosyal işlevselliği ve hastalık belirtileri daha iyi hastalardan meydana gelmiş olduğu görülmektedir. Belirtildiği üzere, bu çalışma esnasında kliniğin doğal akışına müdahale edilmemiştir. Eşleştirmenin önemi bilinmekle birlikte, mevcut çalışma koşulları ve işleyiş nedeniyle eşleştirme yapmak mümkün olmamıştır. TRSM'ye kayıt olan hastalardan grup tedavisine katılmasına bir engel olmayanlar (alevlenme döneminde olmak gibi) RUTBE programına davet edilmektedir. Katılmayı kabul eden hastalar ile gruplar oluşturulmaktadır.

Diğer yandan, grupların ön test SİÖ toplam puanları arasında anlamlı fark yoktur. Grupların yaş ve eğitim yılı ortalamaları istatistiksel olarak farklı olsa da

benzerdir. Güncel kanıta dayalı kılavuzlarda toplumsal beceri eğitiminin pozitif belirtilere, hastane yatışlarına ve yinelemelere etkili olduğuna dair yeterli kanıt olmadığı belirtilmekte, rutin olarak kullanımı vurgulanmamaktadır (7). Bunların toplumsal beceri eğitiminin temel hedefi değil dolaylı hedefi olduğu, amacının sosyal işlevsellik artışı ve toplumsal durumlarda oluşan stresi azaltmak olduğu da dikkate alınmalıdır (5).

Cruz'a göre, kanıta dayalı pratikler gerçek yaşama uygulandığında etkili olmama riski taşırlar; çünkü kontrollü bir çevrede etkili bulunmuşlardır. Örneğin sağlık hizmetine ulaşamayanlar çoğu çalışmaya dahil edilemezler, dolayısıyla o kişilerin yöntemden faydalanıp faydalanamayacağı bilinmemektedir (151).

Çalışmacı, uygulamalar esnasında çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, programlara devam etmeyen veya devam edip son test için onamını geri çeken hastaların sosyal etkileşimden kaçınan, negatif bulguları daha belirgin ve sosyal işlevselliklerinin daha düşük kişiler olduğu gözleminde bulunmuştur. Diğer yandan, sosyal işlevselliği iyi düzeyde olan hastaların bir kısmı TRSM'ye yalnızca ilaçların reçete edilmesi ve ilaç raporu yenilenmesi, enjeksiyon yaptırma gibi nedenlerle başvurmaktadır. Çalışabilen ve eğitimine devam edebilen hastalar TRSM mesai saatleri süresince açık olduğundan başvuramamakta ve çoğu zaman rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duymamaktadırlar. İspanya'da yapılan bir çalışmada sosyal işlevsellik düzeyinin düşük olmasının daha çok hastane başvurusu ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir (152).

5.4. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışma kliniklerin çalışma düzeni bozulmadan, hastaların hizmet alımı aksatılmadan yapılmış; doğal sürece müdahale edilmemiş, gruplara eşleştirme yapılamamıştır.

Katılımcılara uygulanan ölçekler, programlara kör olmayan çalışmacı tarafından doldurulmuştur. Sosyal İşlevsellik Ölçeği'ni yanıtlayan hastaların ve yakınlarının ne derece yansız oldukları bilinmemektedir.

Temel sosyodemografik veriler ve klinik belirtilerin şiddeti dışında ekonomik durum, bilişsel işlevler gibi sosyal işlevselliğin yordayıcıları değerlendirilmemiştir.

Holloway ve arkadaşları Olgu Yönetimi uygulamalarının geniş bir yelpazede yapılmasının, yapılan çalışmalarda karşılaştırmayı güçleştirdiğini vurgulamışlardır (153). Diğer yandan Olgu Yönetimi'nde verilecek hizmetin ihtiyaca göre veriliyor oluşu net bir tanımı zorlaştırmaktadır. Çalışmaya özgü olmasa da, çalışma alanına özgü bir zorluğun TRSM takibindeki uygulamaların kavramsallaştırılması olduğu görülmüştür.

Tıbbın diğer alanlarında ve psikiyatride rehabilitasyon hizmetlerinin yavaş etki gösterdiği dikkate alınırsa çalışmanın takip süresi olan ortalama 3 ay nispeten kısa bir süredir.

5.5. Çalışmanın Güçlü Yönleri

Geçmiş çalışmalarda olgu yönetimi, TRSM takibi ve toplumsal beceri eğitimi, toplumsal beceri eğitimi uygulamalarının etkinlikleri değerlendirilmiştir. Ancak toplumsal beceri eğitiminin TRSM takip sürecine dahil edilmesinin yarattığı etkiyi inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Çalışma bu anlamda psikiyatrik rehabilitasyon için kanıta dayalı içeriğinin geliştirilmesine katkı sunmaktadır. İki müdahale grubu ve kontrol grubu oluşturularak takip sonrasında tekrar değerlendirilmiştir, yani prospektif ranomize kontrollü bir çalışmadır. Sosyal işlevsellik açısından hastanın ve yakınının bildirimleri ile klinik görüş dikkate alınarak sosyal işlevsellik düzeyi kapsamlı olarak değerlendirilmiştir.

6. SONUÇ

- Çalışmaya dahil edilen şizofreni hastaları, TRSM’de verilen psikiyatrik rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmış, sosyal işlevselliklerinde artış saptandığı gibi, hastalık belirtilerinde azalma da mevcuttur.
- Kanıta dayalı rehabilitasyon programları oluşturulması için geniş örneklemlerli çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Sınırlı kaynaklarla en uygun ve etkin hizmeti vermeyi amaçlayan TRSM’lerde Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi verilmesinin faydalı ancak çalışmanın yapıldığı merkezdeki rutin işlemlere kıyasla istatistik olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı bulunmuş; bu nedenle güncel kılavuzlar ışığında kişiler arası ilişkilerde belirgin zorlanma yaşayan hastalara öncelik verilebileceği düşünülmüştür (7). Araştırmadaki kısıtlılıkları da göz önüne alan çalışmacı daha büyük örneklemlerle ve eşleştirmenin de yapıldığı randomize kontrollü çalışmalarla test edildiğinde istatistik farkın anlamlı olabileceği görüşündedir.
- Müdahale gruplarındaki hastaların sosyal işlevselliğindeki olumlu değişim yakınları tarafından gözlemlenmiştir.
- TRSM takibinde mesleki rehabilitasyon alanında çalışmalar yapılmasına ihtiyaç saptanmıştır.
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde verilen hizmetlerin sağlık kuruluşlarında verilen diğer ruh sağlığı hizmetlerine kıyasla daha yeni, daha az deneyim sahibi olunan ve multidisipliner yaklaşım gerektiren nitelikleri; kültüre uyumlu ve etkin rehabilitasyon yöntemlerinin bulunması için yeni çalışmalara gereksinim doğurmaktadır.
- Merkezler arası uygulamaların değişkenliği yapılacak araştırmalar için, var olan çalışmaları karşılaştırmak için önemli bir zorluktur. Baker ve arkadaşları 1967’de ruh sağlığı alanında çalışan psikiyatrist, psikologlar ve iş uğraşı terapistlerine uygulanmak üzere Toplum Temeli Ruh Sağlığı İdeolojisi Ölçeği geliştirmişlerdir (154). Çok merkezli araştırmalarda kullanılmak üzere, bulguların edinildiği TRSM’yi değerlendiren kültüre ve çalışma koşullarına uygun bir ölçek geliştirilmesi çalışmalara katkı sağlayabilir.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NDE GÜNLÜK ETKİNLİKLERE
KATILAN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İLAVE PSİKOSOSYAL BECERİ
EĞİTİMİ ALMANIN ÖZNEL VE NESNEL SOSYAL İŞLEVSELLİK
ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI: KONTROLLÜ KLİNİK İZLEM
ÇALIŞMASI

ÖZET

Şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaçlar belirtilerin giderilmesinde oldukça etkilidir, ancak sosyal işlevsellik kaybının ilaçlara dirençli olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada şizofreni hastalarına toplum ruh sağlığı merkezinde (TRSM) verilen rehabilitasyon hizmetine ruhsal toplumsal beceri eğitimi (RUTBE) eklenmesinin sosyal işlevsellik artışına katkısı incelenmiştir.

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM'de rutin olgu yönetimi ve iş uğraş terapisi alan şizofreni hastalarının (s=24), buna ek olarak RUTBE alan hastalarının (s=27) sosyal işlevsellikleri ve klinik belirtilerinin şiddeti; birbirleri ile ve Psikiyatrik Bozukluklar Polikliniği'nde takip edilen ancak TRSM hizmeti almayan hastaların (s=24) değerleri ile karşılaştırılmıştır. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ), Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP), Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Kliniğin çalışma düzenine müdahale edilmemiş, mevcut koşullarda eşleştirme yapmak mümkün olmamıştır.

Takip süresi sonunda çalışma gruplarının PANSS toplam puanları anlamlı azalırken, kontrol grubunun PANSS toplam puanında anlamlı değişim olmamıştır. Çalışma gruplarının PSP ve SİÖ toplam puanlarında son ölçümde anlamlı artış görülürken kontrol grubunda anlamlı değişim yoktur. İlk ölçümler kontrol altına alındığında iki müdahale grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Yapılandırılmış ruhsal toplumsal beceri eğitimi alan grupta istatistiksel olarak anlamlı değişimin görülememiş olmasının grupların eşleştirilememiş olması, sürenin

nispeten kısa olması, mevcut ölçeklerin sosyal işlevsellikteki küçük değişimleri ayırt edemeyebileceği nedenleriyle olabileceği düşünölmüştür.

Sonuç olarak toplum ruh sağlığı merkezinde verilen psikiyatrik rehabilitasyon hizmetinin şizofreni hastalarının sosyal işlevselliklerine ve klinik belirtilerine olumlu etkisi bulunmaktadır. Kanıta dayalı rehabilitasyon programları oluşturulması için geniş örneklemlı, eşleştirmenin de yapıldığı randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: şizofreni, sosyal işlevsellik, ruhsal toplumsal tedavi, toplum ruh sağlığı merkezi.



THE EFFECT OF RECEIVING PSYCHOSOCIAL INTERVENTION IN ADDITION TO PARTICIPATING DAILY ACTIVITIES AT COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER, ON SUBJECTIVE AND OBJECTIVE SOCIAL FUNCTIONING: CONTROLLED CLINICAL FOLLOW-UP STUDY

SUMMARY

Antipsychotic drugs are effective for treating schizophrenia symptoms, however the loss of social functioning is resistant to pharmacotherapy. In this study, it is investigated if any additional outcomes in social functioning occurs for schizophrenia patients when psychosocial skills training annexed to psychiatric rehabilitation programme in community mental health center (CMHC).

Social functioning and clinical symptom severity levels of the patients who routinely get case management and occupational therapy in İzmir Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital CMHC (n=24), who get additional psychosocial skills training (n=27) with the patients who do not get psychiatric rehabilitation but involved in psychotic disorders outpatient clinic (n=24). Social Functioning Scale (SFS), Personal and Social Performance Scale (PSP), Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) and is sociodemographic data form are applied. In current institutional conditions did not allow the researchers to match patients.

At last evaluation, the decrease in PANSS scores of study groups was statistically meaningful while control group showed no difference as expected. SFS and PSP scores of study groups increased. Controlling first test scores, there was no statistical difference between last test social functioning scores of two study groups.

There may be reasons of not determining statistical difference between study groups like non-matched groups, short follow up duration, insufficiency of scales to detect little differences in social functioning.

Consequently, psychiatric rehabilitation service given in CMHC, has positive effects on social functioning and clinical symptoms of schizophrenia patients. For constructing evidence-based practices, randomized controlled studies with matched large samples are needed.

Key words: schizophrenia, social functioning, psychosocial treatment, community mental health center.



KAYNAKLAR

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/> 11.12.2017 tarihinde ulaşıldı.
2. Öztürk MO, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapları, 2011.
3. Bellack A. Rehabilitative Treatment of Schizophrenia. In: Lieberman JA, Murray RM. Comprehensive Care of Schizophrenia. First Edition. London, Martin Dunitz Ltd, 2001
4. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. In: Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, çev. Aydın H, Bozkurt A. Güneş Kitabevi, Ankara, 2007.
6. Huxley N A, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. Journal of Nervous and Mental Disease 2000; 188(4): 187-201.
7. Norman R, Lecomte T, Addington D, Anderson E. Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Adults. Can J Psychiatry. 2017 Sep;62(9):617-623.
8. Insel TR. Next-Generation Treatments for Mental Disorders. Sci Transl Med. 2012 Oct 10;4(155):155ps19.
9. Ulaş, H. Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatrik Hizmetler. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 2008, vol.11, no.2, p.2-12.
10. T.C.Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) Ankara, 2011.
11. Bughra D. Psychiatry in ancient Indian texts: a review. History of Psychiatry 1992; 3: 167-186.
12. Sadock, BJ. Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. Çeviri Editörü. Prof. Dr. Ali Bozkurt. 2016.
13. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham D. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality, Epidemiologic Reviews, Volume 30, Issue 1, 1 November 2008, Pages 67–76.
14. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(1):40-52.
15. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, Volume 380, Issue 9859, 2163-96.

16. Eaton WW, Chen C, Bromet EJ. Epidemiology of Schizophrenia. Textbook in Psychiatric Epidemiology. Third Edition. 2011 John Wiley & Sons, Ltd.
17. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med.* 2004 Apr 28;2:13.
18. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex Differences in the Risk of Schizophrenia Evidence From Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(6):565–571.
19. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Arch Gen Psychiatry.* 2006 Mar;63(3):250-8.
20. Yıldız M, Yazıcı A, Böke O. Demographic and clinical characteristics in schizophrenia: a multi center cross-sectional case record study. *Turk Psikiyatri Derg.* 2010 Fall;21(3):213-24.
21. Ran MS, Wong YI, Yang SY, Ho PS, Mao WJ, Li J5, Chan CL. Marriage and outcomes of people with schizophrenia in rural China: 14-year follow-up study. *Schizophr Res.* 2017 Apr;182:49-54.
22. Mishler EG, Scotch NA. Sociocultural factors in the epidemiology of schizophrenia. *Psychiatry.* 1963 Nov;26:315-51.
23. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area study. *Arch Gen Psychiatry.* 1991 May;48(5):470-4.
24. Ertuğrul A. Şizofreni Etiyolojisi. In: Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007: p. 32
25. Veling W, Selten JP, Veen N, Laan W, Blom JD, Hoek HW. Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in the Netherlands: a four-year first-contact study. *Schizophr Res* 2006; 86: 189–193.
26. Cantor-Graae E, Selten J-P: Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005; 162:12–24.
27. Faris REL, Dunham HW. Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses. Univ. Chicago Press. Oxford, England, 1939.
28. Vassos E, Pedersen CB, Murray RM, Collier DA, Lewis CM. Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2012;38:1118–1123.
29. Haddad L, Schäfer A, Streit F, Lederbogen F, Grimm O, Wüst S et al. Brain Structure Correlates of Urban Upbringing, an Environmental Risk Factor for Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2015 Jan; 41(1): 115–122.

30. Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol.* 2002 Aug 15;156(4):319-27.
31. Davies G, Welham J, Chant D, Torrey EF, McGrath J. A systematic review and meta-analysis of Northern Hemisphere season of birth studies in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2003;29(3):587-93.
32. Hubert A, Szöke A, Leboyer M, Schürhoff F. Influence of paternal age in schizophrenia. *Encephale.* 2011 Jun;37(3):199-206.
33. Mittal VA, Ellman LM, Cannon TD. Gene-environment interaction and covariation in schizophrenia: the role of obstetric complications. *Schizophr Bull.* 2008 Nov;34(6):1083-94.
34. Gassab L, Aissi M, Slama H, Gaha L, Mechri A. Prevalence and score of minor physical anomalies in patients with schizophrenia and their first degree relatives: a Tunisian study. *Compr Psychiatry.* 2013 Jul;54(5):575-80.
35. Murray RM, Lewis SW. Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987 Sep 19; 295(6600): 681–682.
36. Owen MJ, O'Donovan MC, Thapar A, Craddock N. Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2011 Mar;198(3):173-5.
37. Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, O'Hare A, Spellman M, Walsh D. The Roscommon family study. I. methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50:527–40.
38. Lichtenstein P, Björk C, Hultman CM, Scolnick E, Sklar P, Sullivan PF. Recurrence risks for schizophrenia in a Swedish national cohort. *Psychol Med.* 2006 Oct;36(10):1417-25.
39. Lichtenstein P, Yip BH, Björk C, Pawitan Y, Cannon TD, Sullivan PF et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet.* 2009 Jan 17;373(9659):234-9.
40. Gejman PV, Sanders AR, Duan J. The Role of Genetics in the Etiology of Schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 2010 March; 33(1): 35–66.
41. Akbarian S. Epigenetic mechanisms in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2014 Sep; 16(3): 405–417.
42. Delay J, Deniker P, Harl JM. Therapeutic use in psychiatry of phenothiazine of central elective action (4560 RP) *Ann Med Psychol (Paris)* 1952;110:112–117.
43. Carlsson A, Lindqvist M, Magnusson T. 3,4-Dihydroxyphenylalanine and 5-hydroxytryptophan as reserpine antagonists. *Nature.* 1957;180:1200.
44. Lieberman JA, Kane JM, Alvir J. Provocative tests with psychostimulant drugs in schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* 1987;91:415–433.

45. Stahl SM, Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi, İstanbul Medikal Yayıncılık 1.baskı 2015 p.90-91
46. Woolley DW, Shaw W. A biochemical and pharmacological suggestion about certain mental disorders. *Proc Natl Acad Sci.* 1954; 40:228–231.
47. Ceylan ME, Çetin M. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Şizofreni, Tedavi 1.Cilt IV. Baskı İncekara Kağıt Mat. San. Ve Dış Tic. Ltd. Şti. İstanbul 2009.
48. Yavaşçı EÖ, Akkaya C. Şizofrenide Serotonin Rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012; 4(2):237-259.
49. Kapur S, Remington G. Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 1996;153:466–476.
50. Fitzgerald PJ. Is elevated norepinephrine an etiological factor in some cases of schizophrenia? *Psychiatry Res.* 2014 Mar 30;215(3):497-504.
51. Yang AC, Tsai S-J. New Targets for Schizophrenia Treatment beyond the Dopamine Hypothesis. *International Journal of Molecular Sciences.* 2017;18(8):1689.
52. Karlsgodt KH, Sun D, Cannon TD. Structural and Functional Brain Abnormalities in Schizophrenia. *Current directions in psychological science.* 2010;19(4):226-231.
53. Wright IC, Rabe-Hesketh S, Woodruff PW, David AS, Murray RM, Bullmore ET. Meta-analysis of regional brain volumes in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2000 Jan;157(1):16-25.
54. Sugranyes G, Kyriakopoulos M, Dima D, et al. Multimodal analyses identify linked functional and white matter abnormalities within the working memory network in schizophrenia. *Schizophrenia research.* 2012;138(0):136-142.
55. Erol A. Şizofrenide Klinik Özellikler ve Tanı Ölçütleri, Kullanılan Ölçekler. In: Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007 p.165
56. Pearce J. Positive and negative cerebral symptoms: the roles of Russell Reynolds and Hughlings Jackson. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry.* 2004;75(8):1148.
57. Bleuler E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia.* 1911, New York, 1955 International University Press. Aktaran: Öztürk MO, Uluşahin A, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 2011, Nobel Tıp Kitapları.
58. Lavretsky H. History of Schizophrenia as a Psychiatric Disorder. In: Mueser KT, Jeste DV, editors. *Clinical Handbook of Schizophrenia.* New York, New York: Guilford Press; 2008. p. 3–12.
59. Blakely TJ, Dziadosz GM. Social Functioning: A Sociological Common Base for Social Work Practice. *Journal of sociology and social welfare.* December, 2007.

60. Erol A, Keleş Ünal E, Tunç Aydın E, Mete L. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009;20(4):313-21.
61. Bellack AS, Green MF, Cook JA, Fenton W, Harvey PD, Heaton RK et al. Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a white paper based on an NIMH-sponsored workshop. *Schizophr Bull.* 2007 May;33(3):805-22. Epub 2006 Aug 24.
62. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition.* Washington, DC, American Psychiatric Association,1980.
63. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000'den çeviren Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
64. Tarbox SI, Brown LH, Haas GL. Diagnostic specificity of poor premorbid adjustment: Comparison of schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorder with psychotic features. *Schizophrenia research.* 2012;141(1):91-97.
65. Haim R, Rabinowitz J, Bromet E. The relationship of premorbid functioning to illness course in schizophrenia and psychotic mood disorders during two years following first hospitalization. *J Nerv Ment Dis.* 2006 Oct;194(10):791-5.
66. Stephens JH, Richard P, McHugh PR. Long-term follow-up of patients hospitalized for schizophrenia, 1913 to 1940. *J Nerv Ment Dis.* 1997 Dec;185(12):715-21.
67. Wittorf A, Wiedemann G, Buchkremer G, Klingberg S. Prediction of community outcome in schizophrenia 1 year after discharge from inpatient treatment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008, 258:48–58
68. Bora E, Eryavuz A, Kayahan B, Sungu G, Veznedaroglu B. Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Res.* 2006 Dec 7;145(2-3):95-103.
69. Bae S-M, Lee S-H, Park Y-M, Hyun M-H, Yoon H. Predictive Factors of Social Functioning in Patients with Schizophrenia: Exploration for the Best Combination of Variables Using Data Mining. *Psychiatry Investigation.* 2010;7(2):93-101.
70. Menendez-Miranda I, Garcia-Portilla MP, Garcia-Alvarez L, Arrojo M, Sanchez P, Sarramea F et al. Predictive factors of functional capacity and real-world functioning in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2015 Jul;30(5):622-7.
71. Usall J, Haro JM, Araya S, Moreno B, Muñoz PE, Martínez A et al. Social functioning in schizophrenia: what is the influence of gender? *The European Journal of Psychiatry,* 2007; 21(3), 199-205.

72. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC, Xie H, Bond GR, Drake RE, Dain BJ. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis.* 1997 Jul;185(7):419-26.
73. Martin EA, Öngür D, Cohen BM, Lewandowski KE. Social functioning and age across affective and nonaffective psychoses. *J Nerv Ment Dis.* 2015 Jan;203(1):37-42.
74. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health. “Schizophrenia”. Son gözden geçirilme: Şubat 2016. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml> 10.12.2017’de ulaşıldı
75. Gülseren L, Erol A. Şizofrenide İlaç Sağaltımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2000;10:213-227.
76. Ludwig AM. The Psychiatrist as Physician. *JAMA.* 1975;234(6):603–604.
77. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for bio-medicine. *Science.*1977;196:129-136.
78. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med.* 2004 Nov-Dec;2(6):576-82.
79. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137:535-544.
80. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100)
81. Shah P, Mountain D. The medical model is dead – long live the medical model. *The British Journal of Psychiatry* Nov 2007, 191 (5) 375-377.
82. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi J. Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2013. 9:25.1–25.33
83. Warner R. Psychiatric Rehabilitation Methods. In: McQuiston HL, Sowers WE, Ranz JM, Feldman JM, Handbook of Community Psychiatry, Springer Science+Business Media, LLC 2012
84. Warner R. Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy. Third Edition. Brunner-Routledge. Hove, 2004.
85. Hogan MF. New Freedom Commission Report: The President’s New Freedom Commission: recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatr Serv.* 2003;54:1467–1474.
86. Sowers WE. Recovery and Person-Centered Care: Empowerment, Collaboration and Integration. In: McQuiston HL, Sowers WE, Ranz JM, Feldman JM, Handbook of Community Psychiatry, Springer Science+Business Media, LLC 2012

87. Amering M, Schmolke M. Ruh Sağlığında İyileşme – Bilimsel ve Klinik Sorumlulukların Yeniden Şekillendirilmesi. Şizofreni Dernekleri Federasyonu, Ankara. Çev. Haldun Soyęür, İmaj Yayınevi, Ekim 2017
88. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:256–272.
89. Pruessner M, Cullen AE, Aas M, Walker EF. The neural diathesis-stress model of schizophrenia revisited: An update on recent findings considering illness stage and neurobiological and methodological complexities. *Neurosci Biobehav Rev.* 2017 Feb;73:191-218.
90. Walker EF, Diforio D. Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychol Rev.* 1997 Oct;104(4):667-85.
91. Jones SR, Fernyhough C. A New Look at the Neural Diathesis–Stress Model of Schizophrenia: The Primacy of Social-Evaluative and Uncontrollable Situations. *Schizophrenia Bulletin.* 2007;33(5):1171-1177.
92. National Collaborating Centre for Mental Health. Psychosis and schizophrenia in adults: the NICE guideline on treatment and management. National Clinical Guideline 178. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence; 2014.
93. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of schizophrenia. Edinburgh: SIGN; 2013. (SIGN publication no. 131).
94. Sungur MZ, Yalnız Ö. Şizofreni Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar. *J Clin Psy.* 1999; 2(3): 160-166.
95. Drake R, McHugo G, Becker D, Anthony W, Clark R. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996. 64 (2): 391–399.
96. Burns T, Catty J, White S, et al. The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support. *Schizophrenia Bulletin.* 2009;35(5):949-958.
97. Yıldız M. Psikiyatrik Rehabilitasyon, In: Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, Ed. Sayıl I, Erler Matbaacılık, İstanbul, 2005. p:151-164.
98. Uzman MO. *Psychiatria*. Dördüncü baskı, İstanbul, Kader Basımevi, 1947. p.171
99. Kern RS, Gold JM, Dickinson D, Green MF, Nuechterlein KH, Baade LE et al. The MCCB impairment profile for schizophrenia outpatients: results from the MATRICS psychometric and standardization study. *Schizophr Res.* 2011 Mar;126(1-3):124-31
100. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophr Bull.* 2000;26(1):119-36.

101. Medalia A, Lim R. Treatment of cognitive dysfunction in psychiatric disorders. *J Psychiatr Pract.* 2004 Jan;10(1):17-25.
102. Barlati S, Deste G, De Peri L, Ariu C, Vita A. Cognitive Remediation in Schizophrenia: Current Status and Future Perspectives. *Schizophrenia Research and Treatment.* 2013;2013:156084.
103. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry.* 2011 May;168(5):472-85.
104. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull.* 1998;24(1):37-74.
105. Thornicroft G: The concept of case management for long-term mental illness. *Int Rev of Psychiatry* 1991 3:125– 132.
106. Kanter J. Clinical case management: definition, principles, components. *Hosp Community Psychiatry.* 1989 Apr;40(4):361-8.
107. Ivezić SS, Muzinić L, Filipac V. Case management - a pillar of community psychiatry. *Psychiatr Danub.* 2010 Mar;22(1):28-33.
108. Kanter J. Clinical Case Management. In: Brandell J. *Theory and Practice of Clinical Social Work.* 2nd Edition, Columbia University Press, 2010.
109. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24:37-74.
110. Scott JE, Dixon LB. Assertive community treatment and case management for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1995;21(4):657-68.
111. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv.* 2000 Nov;51(11):1410-21.
112. Liberman RP, *Recovery from Disability*, 1st edition, American Psychiatric Publishing, 2008
113. Bandura, A. *Social learning theory.* 1971. New York: General Learning Press.
114. Liberman RP, Corrigan PW. Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry.* 1993 Aug;56(3):238-49.
115. Songur C, Saylavcı E, Kıran Ş. Avrupa’da ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *SSSjournal* 2017 Vol:3, Issue:4 pp.276-289.
116. McQuiston HL, Sowers WE, Ranz JM, Feldman JM. Public Health, Prevention and Community Psychiatry. In: McQuiston HL, Sowers WE, Ranz JM, Feldman JM. *Handbook of Community Psychiatry*, Springer Science+Business Media, LLC 2012

117. Szmukler G, Thornicroft G. What is community psychiatry? In: Thornicroft G, Szmukler G. Textbook of Community Psychiatry. Oxford University Press, 2001
118. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. World Psychiatry. 2016;15(3):276-286.
119. Feldman JM. History of Community Psychiatry. In: McQuiston HL, Sowers WE, Ranz JM, Feldman JM, Handbook of Community Psychiatry, Springer Science+Business Media, LLC 2012
120. Sushma C, Tavaragi M. Moral Treatment: Philippe Pinel. The International Journal of Indian Psychology, January - March, 2016. Volume 3, Issue 2, No.8.
121. Stylianidis S. A Brief Historical Overview of Madness in Social Psychiatry. In: Stylianidis S. Social and Community Psychiatry - Towards a Critical, Patient-Oriented Approach. Springer International Publishing, Switzerland, 2016.
122. Parry M. From a Patient's Perspective: Clifford Whittingham Beers' Work to Reform Mental Health Services. American Journal of Public Health, December 2010, Vol 100, No. 12.
123. Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder ME. Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile ve Gönüllülerle Yürütölen Bir Kulüp-Ev Denemesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(4):281-287.
124. Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M, Yanık M. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Nöropsikiyatri Arşivi 2009; 46 Özel Sayı: 25-9.
125. <https://m.bianet.org/biamag/saglik/139424-toptasi-bimarhanesi-1873-1927> 05.01.2018 tarihinde ulaşıldı.
126. Yılmaz, V. İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler. Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği, Karika Matbaacılık, Kasım 2012.
127. Soygür H. Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Quo Vadis? Arch Neuropsychiatr 2016; 53: 1-3.
128. T.C.Sağlık Bakanlığı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. (16/02/2011 tarih ve 7364 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe girmiştir.)
129. Yıldız M, Şizofreni Hastaları için Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi, Birinci Baskı, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2011
130. Liberman RP Social and Independent Living Skills: Symptom Management Module, Trainer's Manuel. UCLA Department of Psychiatry, Los Angeles, CA, 1988.
131. Liberman RP. Social and Independent Living Skills: Medication-Management Module, Trainer's Manuel. UCLA Department of Psychiatry, Los Angeles, CA, 1986.

132. Liberman RP Social and Independent Living Skills: Recreation for Leisure Module, Trainer's Manuel. UCLA Department of Psychiatry, Los Angeles, CA, 1987.
133. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 1987; 13(2):261-276.
134. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Gögüş A. Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe Uyarlamasının Geçerlik Ve Güvenirligi. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999;14:23-32.
135. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R: Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assesment Scale(SOFAS) to assess routine social funtioning. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 323-329.
136. Chiu EC, Hung TM, Huang CM, Lee SC, Hsieh CL. Responsiveness of the Personal and Social Performance scale in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2017 Nov 27;260:338-342.
137. Aydemir Ö, Üçok A, Esen A, Canpolat T, Karadayı G, Emiroğlu B et al. Bireysel ve sosyal performans ölçeği'nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2009; 19: 93-100.
138. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990 Dec; 157, 853-9.
139. Erakay YS. Şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ölçeği (SiÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Uzmanlık tezi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir, 2001.
140. Tomruk NB, Kadın ve Psikoz. In: Yuksel Ş, Gülseren L, Başterzi AD. Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, Nisan 2013.
141. Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2013, Ankara, Mart 2014
142. Chatterjee S, Patel V, Chatterjee A, Weiss HA. Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *The British Journal of Psychiatry* Jan 2003, 182 (1) 57-62.
143. Sögütlü L, Özen Ş, Varlık C, Güler A. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Uygulanması ve Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017; 18(2):121-128.
144. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi,

genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anadolu Psikiyatri Derg. 2013;14:108-14.

145. Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg 2015; 16(4):238-246.

146. Gül EU, Can DÖ, Kılıçaslan Şahin EH, Şahin Ş, Şimşek E. Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Değerlendirilmesi. KÜ Tıp Fak Derg 2014; 16(2): 15-19.

147. Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S, Karaoğlan Kahiloğulları A, Karadağ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. Anadolu Psikiyatri Derg 2017; 18(5):419-427.

148. Na EJ, Kang NI, Kim MY, Cui Y, Choi HE, Jung AJ, Chung YC. Effects of Community Mental Health Service in Subjects with Early Psychosis: One-Year Prospective Follow Up. Community Ment Health J. 2016 Aug;52(6):724-30.

149. Çakmak S, Süt H, Öztürk S, Tamam L, Bal U. The Effects of Occupational Therapy and Psychosocial Interventions on Interpersonal Functioning and Personal and Social Performance Levels of Corresponding Patients. Noro Psikiyatr Ars. 2016 Sep; 53(3): 234–240.

150. Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. Acta Psychiatr Scand 2007; 116: 403–418.

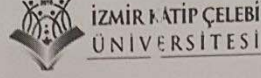
151. Cruz M. Mental Health Services Research and Community Psychiatry. In: McQuiston HL, Sowers WE, Ranz JM, Feldman JM, Handbook of Community Psychiatry, Springer Science+Business Media, LLC 2012

152. Bellido-Zanin G, Pérez-San-Gregorio MA, Martín-Rodríguez A, Vázquez-Morejón AJ. Social functioning as a predictor of the use of mental health resources in patients with severe mental disorder. Psychiatry Research 230 (2015)189–193.

153. Holloway F, Oliver N, Collins E, Carson J. Case Management: A Critical Review of the Outcome Literature. Eur Psychiatry (1995) 10, 113-128.

154. Baker F, Schulberg HC. The Development of a Community Mental Health Ideology Scale. Community Mental Health Journal Volume 3, Number 3, Fall, 1967, 216-225.

EK-1: Etik Kurul Onayı



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ

İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR
Tel:0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta ikectik2@gmail.com)

Doç. Dr. Mustafa GÜLEÇ
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Karar No: 285
Tarih : 02.11.2016

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD Öğretim Üyesi **Doç. Dr. Mustafa GÜLEÇ** sorumluluğunda yapılması planlanan “**Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Günlük Etkinliklere Katılan Şizofreni Hastalarında İlave Psikososyal Beceri Eğitimi Almanın Öznel Ve Nesnel Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisinin Araştırılması: Kontrollü Klinik İzlem Çalışması**” adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca **bulunmadığına** toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Orhan GÖKALP
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]

Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrasında özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1.ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ BİLGİLER:

Araştırmanın Adı: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Günlük Etkinliklere Katılan Şizofreni Hastalarında İlave Psikososyal Beceri Eğitimi Almanın Öznel Ve Nesnel Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisinin Araştırılması: Kontrollü Klinik İzlem Çalışması

Araştırmanın İçeriği:

Hastalara ve hasta yakınlarına 4 ay arayla Sosyal İşlevsellik Ölçeği, hastalara 4 ay arayla Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği uygulanacaktır. İlk değerlendirmede ek olarak sosyodemografik veri formu doldurulacaktır. Kontrol grubunda değişiklik yapılmayacak, birinci gruba Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ndeki aktivitelere katılmaları önerilecek, ikinci gruptaki hastalara Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde kurum psikoloğu tarafından yaklaşık 4 ay süren Ruhsal ve Toplumsal Beceri Eğitimi uygulanacaktır.

Araştırmanın Amacı:Toplum Ruh Sağlığı merkezindeki günlük aktivitelere ve Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi'ne katılım ile ruhsal toplumsal becerilerin ilişkisini araştırmak

Araştırmanın Öngörülen Süresi: etik kurul kararı alındıktan sonra 1(bir) yıl içerisinde

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 90

Araştırmada İzlenecek Uygulamalar: Katılımcılara yaklaşık 4(dört) ay arayla anket ve psikiyatrik muayene yapılacaktır.

2.ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR(LAR):

Kontrol grubu için: Beklenen yarar yoktur.

Grup I ve Grup II için: Katıldığınız etkinlikler topluma katılma becerinizde artış sağlayabilir.

3.GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR:

Araştırma dâhilinde yapılacak anket doldurma ve psikiyatrik muayenenin riski bulunmamaktadır. Herhangi bir rahatsızlığa yol açmamaktadır.

4.GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TIBBİ YARAR:

Kontrol grubu için: Beklenen tıbbi yarar yoktur.

Grup I ve Grup II için: Katıldığınız etkinlikler topluma katılma becerinizde artış sağlayabilir.

5.GEBELİK

Bu araştırmaya katılmanın gebelik üzerinde olumlu veya olumsuz etkisi yoktur.

6.ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME

Yukarıdaki araştırmada uygulanacak tetkik ve tedaviye yönelik girişimler dışında hastalığımla ilgili başka uygun yöntemlerin var olduğunu, ancak bu araştırmada uygulanmayacağını öğrendim. Eğer yukarıdaki çalışmaya katılmayı kabul etmezsem sözü edilen öteki tedavileri alma hakkına sahip olduğumun bilincindeyim.

7.ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI

Çalışma programını aksatmanız nedeniyle doktorunuz sizin izniniz olmadan, sizi çalışmadan çıkarabilir.

8.ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI

Araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

9.ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

10.ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT

Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldığınızda aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

Doç.Dr.Mustafa GÜLEÇ

Telefon:05306374644

Dr.İmran Gökçen YILMAZ

Telefon:05422609251

11.ZARARLARIN KARŞILANMASI:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı / doktor tarafından yerine getirileceği bana bildirildi.

12.GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME HAKKI, ARAŞTIRMADAN ÇIKARILMA:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

13.GİZLİLİK:

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, uygulanan yöntemin kullanımının onaylanması için verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

14.ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren **Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formunu** kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.

Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Doktorun

Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK-3: Sosyodemografik Veri Formu

Grup:

Hasta no:

Yaş:

Cinsiyet:

Medeni hal: evli/ bekar

Eğitim yılı:

Kimlerle yaşıyor:

Kaç yıldır tedavi alıyor:

Şu anda kullandığı ilaçlar:

Hiç hastanede yatarak tedavi gördünüz mü? Evet/Hayır

Kaç kez?.....

En son ne zaman?.....

EK-4: Sosyal İşlevsellik Ölçeği

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ Hasta Formu

Grup: _____ **Hasta No:** _____

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,

radio dinleyerek ya da televizyon izleyerek v.b.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az.

3-6 Zamanın bir kısmı.

6-9 Zamanın önemli bir kısmı.

9-12 Zamanın büyük bir kısmı.

12 Hemen hemen zamanın hepsi.

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. Anlamlı 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				
Dini etkinliklere katılmak				

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				
Yıkama, 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?-----

Özürü 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

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ
Hasta Yakını Formu

Grup:

Hasta No:

Bu ölçek hastalanmasından bu yana yakınınızın ne durumda olduğunu anlamamıza yardımcı olacaktır.

Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

4. Yakınınız sizinle birlikte mi yaşıyor?

Cevap: _____

1. Yanıtınız hayır ise yakınınız ne zaman ayrıldı?

Cevap: _____

2. Yakınınızla düzenli olarak görüşüyor musunuz?

Cevap: _____

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

SOSYAL UĞRAŞI / SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyor?

Hafta içi ortalama _____

Öğleden sonra 1'den geç

Hafta sonu ortalama _____

(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyor?

örn. odada tek başına,

tek başına dolaşarak,

radio dinleyerek ya da televizyon izleyerek v.b.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiği saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az.

3-6 Zamanın bir kısmı.

6-9 Zamanın önemli bir kısmı.

9-12 Zamanın büyük bir kısmı.

12 Hemen hemen zamanın hepsi.

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyor?

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

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

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterir?

Onlardan kaçınma

Huzursuz olma

Onları kabul etme

Onlardan hoşlanma

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşı var?
(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu v.b.)

2. Karşı cinsten bir arkadaşı var mı? (eğer evli değilse)

Evet / Hayır

3. Anlamlı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyor?
Lütfen kutuyu işaretleyiniz

Hemen hemen hiç

Nadiren

Bazen

Sık sık

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

Çok kolay

Oldukça kolay

Orta

Oldukça zor

Çok zor

SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde yakınınızın aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığını 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				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde yakınınızın aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığını 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 yakınınızın aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığını 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 yakınınızın aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığını 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 işi var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet / Hayır (altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE: Ne tür bir iş?-----

Haftada kaç saat çalışıyor?-----

Ne zamandır bu işte çalışıyor?-----

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA: En son ne zaman bir işte çalıştı?-----

Ne tür bir işti?-----

Haftada kaç saat çalışırdı?-----

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

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

Herhangi bir işte çalışabileceğini düşünüyor musunuz?

*

Kesinlikle evet / Zorlanır / Kesinlikle hayır

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

*

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

EK-5: Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği

Grup:

Hasta no:

Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)						
<i>Lütfen kişiyi geçen ay boyunca gösterdiği fonksiyon düzeyine göre değerlendiriniz.</i>						
Bu ölçekte ele alınan dört ana fonksiyon alanı bulunmaktadır:						
	Yok	Hafif	Görünür düzeyde	Belirgin	Şiddetli	Çok şiddetli
1. sosyal açıdan yararlı aktiviteler; çalışma ve öğrenim görmek dahil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. kişisel ve sosyal ilişkiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. öz-bakım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. rahatsız edici ve agresif davranışlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zorlukların derecesine karar vermek için iki farklı operasyonel ölçüt seti bulunmaktadır: bir tanesi a-c alanları için ve bir tanesi de d alanına özgüdür.						

a-c alanlarının şiddet derecesi	d alanında şiddetin derecesi
(I) yok	(I) yok
(II) hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen	(II) hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor
(III) görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen ancak kişinin sosyo-kültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler	(III) görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi
(IV) belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hala bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir	(IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)
(V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştiremez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur	(V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak
(VI) çok şiddetli: kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler	(VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan

EK-6: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

Grup:

Hasta No:

Pozitif Belirtiler							
	1	2	3	4	5	6	7
P1. Sanrılar							
P2. Düşünce dağınıklığı							
P3. Varsanılar							
P4. Taşkınlık							
P5. Büyüklük duyguları							
P6. Şüphencilik, kötülük görme							
P7. Düşmanca tutum							
Negatif Belirtiler							
	1	2	3	4	5	6	7
N1. Duygulanımda küntleşme							
N2. Duygusal iççekilme							
N3. İlişki kurmada güçlük							
N4. Pasif biçimde kendini toplumdandan çekme							
N5. Soyut düşünme güçlüğü							
N6. Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı							
N7. Stereotipik düşünme							
Genel Patoloji							
	1	2	3	4	5	6	7
G1. Bedensel kaygı							
G2. Anksiyete							
G3. Suçluluk duyguları							
G4. Gerginlik							
G5. Manyerizm							
G6. Depresyon							
G7. Motor yavaşlama							
G8. İşbirliği kuramama							
G9. Olağandışı düşünme							
G10. Yönelim bozukluğu							
G11. Dikkat azlığı							
G12. Yargılama ve içgörü							
G13. İrade bozukluğu							
G14. Dürtü kontrolsüzlüğü							
G15. Zihinsel aşırı uğraşı							
G16. Aktif biçimde sosyal kaçınma							