

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE EN AZ 2 YIL KAYITLI
OLAN ŞİZOFRENİ HASTALARININ NESNEL İYİLEŞME
ÖLÇÜTLERİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tülay KAYMAZ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Rehabilitasyon Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ

2020

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE EN AZ 2 YIL KAYITLI
OLAN ŞİZOFRENİ HASTALARININ NESNEL İYİLEŞME
ÖLÇÜTLERİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Tülay KAYMAZ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Rehabilitasyon Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

Etik Kurul Onay Nu: KÜ GOKAEK 2019/29

Proje Nu: 2019/29

KOCAELİ

2020

KABUL VE ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez Adı: Toplum Ruh Sağlığı Merkezine En Az 2 Yıl Kayıtlı Şizofreni Hastalarının Nesnel İyileşme Ölçütlerine Göre Değerlendirilmesi

Tez Yazarı: Tülay KAYMAZ

Tez Savunma Tarihi:

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

Bu çalışma sınav kurumumuz tarafından Ruhsal Rehabilitasyon Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Aslıhan Bıç	
ÜYE (DANIŞMAN)	Mustafa Yıldız	
ÜYE	Zeynep Özsoy	

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

30.11/2020

Prof. Dr. Sema Aşkın KEÇELİ
KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ÖZET

Toplum Ruh Sağlığı Merkezine En Az 2 Yıldır Kayıtlı Olan Şizofreni Hastalarının Nesnel İyileşme Ölçütlerine Göre Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (TRSM) 2 yıl ve üzerinde süre ile devam eden şizofreni hastalarının nesnel iyileşme ölçütlerini ne oranda karşıladıklarını saptamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma 10 Mart 2019 - 30 Haziran 2019 tarihleri arasında, Derince TRSM'den hizmet alan 50 şizofreni hastası ile gerçekleştirildi. Nesnel iyileşme ölçütleri olarak Klinik Genel İzlenim-Şiddet Alt Ölçeği'nden (KGI-Ş) 3 ve altında puan almak, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi'nden (İGD) 61 puan ve üstü almak, ailesiyle yaşıyor olsa bile hastanın günlük yaşam etkinlikleri ile özbakımda bağımsız olması, yarı zamanlı ya da tam zamanlı bir işte çalışmak ya da eğitim hayatına devam etmek, en az ayda bir kez arkadaşlarıyla görüşmek ya da evli olmak, son bir yılda hastane yatışı ya da alevlenme olmaması ve bu ölçütlerin en az 1 yıl boyunca karşılanması alındı.

Bulgular: Nesnel iyileşme ölçütlerinin tümünü karşılayan kişi sayısının 7 (%14) olduğu, çalışma ölçütü dışında diğer ölçütleri karşılayan kişi sayısının 19 (%38) olduğu saptandı. İyileşme ölçütlerini karşılayanlar ile karşılamayanlar arasında nüfus ve klinik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Sonuç: TRSM'lerde tedavi hedeflerinin iyileşme yönelimli olarak ele alınması ile korumalı işyerlerinin kurulması gerektiği sonucuna ulaşıldı.

Anahtar Sözcükler: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, şizofreni, iyileşme, nesnel ölçütler.

ABSTRACT

Assessment Of Schizophrenia Patients Who Have Been Enrolled In A Community Mental Health Center For At Least 2 Years According To Objective Recovery Criteria

Objective: This study aimed to determine the recovery rates of the patients with schizophrenia treated in the Community Mental Health Center (CMHC) for two years and over.

Methods: Fifty patients with schizophrenia from Derince CMHC were assessed to objective recovery criteria, between March 10, 2019 and June 30, 2019. Objective recovery criteria were defined according to a GAF score of ≥ 61 points, a CGI-S score of ≤ 3 points, being able to manage their own work and self-care without needing someone else's surveillance or assistance- even if they live with family, attending a full or part-time work or education, meeting with friends at least once a month or being married, no hospitalization or exacerbation in the last year and meeting these criteria for at least one year.

Results: It was determined that the number of people who met all the objective recovery criteria was 7 (%14) and the number of people who met other criteria other than the study criterion was 19 (%38). There was no statistically significant difference between the patients who met the criteria of recovery and those who did not, regarding the socio-demographic and clinical characteristics.

Conclusion: It was concluded that recovery oriented treatment targets in CMHC and establishment of sheltered workshops was necessary.

Key words: Community Mental Health Center, schizophrenia, recovery, objective criteria.

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım sayın Prof. Dr. Mustafa Yıldız'a,
Derince TRSM'de alışmayı kolaylaştıran ve bilgi sağlamada yardımcı olan Būřra Eraslan, Mustafa İnce, Ömer Eraslan ve Hatice İmer Aras'a,
Sevgi, şefkat ve desteklerini sürekli hissettiğim annem Seher Kaymaz ve babam Faik Kaymaz'a, ablalarım Özlem Kaymaz ve Aynur Avcı'ya, abim Akif Kaymaz'a, çok sevgili yeğenlerim Zeynep Avcı ve Elif Avcı'ya,
Tez boyunca dertlerimi dinleyen deęerli arkadařım Tuba Gūzel'e,
Saęladıkları motivasyon için Rojda, řivan ve Gūlistan'a,
Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hastalara,
En çok da birçok soruna rağmen tezimi bitirebildiğim için kendime teşekkür ediyorum.

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

30/ 01 /2020

Tülay Kaymaz



İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ÇİZİMLER DİZİNİ	xi
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Şizofreni	1
1.1.1 Tanım	1
1.1.2 Tarihçe	1
1.1.3 Epidemiyoloji	2
1.1.4 Etiyoloji	2
1.2. Şizofrenide Sağaltımın Tarihsel Değişimi	2
1.3. Şizofrenide Düzelmeye ve İyileşmeye Kavramları	3
1.3.1. Şizofrenide Düzelmeye	4
1.3.2. Şizofrenide İyileşmeye	4
1.4. Türkiye’de Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri	7
2. AMAÇ	10
3. YÖNTEM	11
3.1. Araştırmanın Tipi	11
3.2. Araştırma Yerinin Seçimi	11
3.3. Araştırma Evreni ve Örnekleme	12
3.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler	13
3.4.1. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği	13
3.4.2. Klinik Genel İzlenim -Şiddet Alt Ölçeği	13
3.4.3. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi	13
3.4.4. Hasta Bilgi Formu	14
3.5. Şizofrenide Nesnel İyileşmeye Ölçütleri	14

3.6. Alınan Etik Kurul Onayı Yeri ve Numarası	14
3.7. İstatistiksel Analiz ve Veri Çözümleme	15
4. BULGULAR	16
4.1. Hastaların Nesnel İyileşme Ölçütlerini Karşılama Oranları	17
4.2. Nüfus ve Klinik Özelliklerin Gruplar Arası Karşılaştırılması	18
4.3. Ölçek Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	21
4.4. Ölçek Puanlarının Bağintı Bulguları	22
4.5. Merkeze Kayıtlı Yıl ve Geliş Sayısının Ölçek Puanları ile Bağintı Bulguları	23
5. TARTIŞMA	24
5.1. Sınırlılıklar	26
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	29
6.1. Sonuçlar	29
6.2. Öneriler	29
KAYNAKLAR	30
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi

KGİ-Ş: Klinik Genel İzlenim-Şiddet

TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği

DSM: Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

CRH: Ciddi Ruhsal Hastalık

Ort: Ortalama

SS: Standart Sapma



ÇİZİMLER DİZİNİ

Çizim 1.1. Yetiyitiminden iyileşmeye: Bir süreç olarak iyileşme

7



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1.	Derince TRSM haftalık çalışma programı	12
Çizelge 4.1.	Nesnel iyileşme ölçütlerini karşılama oranları	17
Çizelge 4.2.	Nüfus ve klinik sürekli verilerin gruplar arası karşılaştırılması	18
Çizelge 4.3.	Nüfus ve klinik kategorik verilerin karşılaştırılması	19
Çizelge 4.4.	Ölçek puanlarının karşılaştırılması	21
Çizelge 4.5.	Ölçek puanlarının bağıntı katsayıları	22
Çizelge 4.6.	Merkeze kayıtlı yıl ve geliş sayısı ile ölçek puan bağıntı katsayıları	23



1.GİRİŞ

1.1. Şizofreni

1.1.1. Tanım

Şizofreni kişinin algı, düşünce, duygu ve yargılamasında bozulmalar yaratan; öz bakımını, kişilerarası ilişkilerini, çalışma ve eğitim hayatını devam ettirmede zorluklara yol açan ciddi bir ruhsal hastalıktır. Hastalığın temel özelliklerini; gerçekte ve içinde yaşadığı kültürle uyumlu olmayan düşüncelerin oluşturduğu sanrılar; herhangi bir uyaran olmadan görüntü, ses, koku, tat, duyumların olduğu varsanılar; dikkat, bellek gibi bilişsel becerilerde bozulmalar ile isteksizlik, duygulanımda küntleşme, düşünce yoksulluğu, zevk alamamanın olduğu negatif belirtiler oluşturmaktadır (Öztürk 2008).

1.1.2. Tarihçe

Hastalık belirtilerine dair bilgiler eski tarihlerden itibaren bilinmesine rağmen bu belirtilerin hastalık olarak kabul edilmesi yakın zamanlara rastlamaktadır. Orta çağda kötü ruhlar ve şeytanlarla ilişkilendirilerek öldürülen birçok insanın şizofreni hastası olduğuna inanılmaktadır (Öztürk 2008).

Hastalığın tanımlanması ve adlandırılmasıyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında 1860'da Morel'in "demence precoce" deyimini ilk olarak kullandığı, 1899'da Kraepelin'in daha önceden tanımlanmış olan hebefreni ile katatoniye paranoid ve basit tipleri de ekleyerek hepsini "dementia praecox" başlığı altında topladığı görülmektedir. Kraepelin "erken başlangıç" ile "bunama"nın hastalığın temel özellikleri olduğunu ifade etmiştir. Hastalığa "zihin yarılması, zihin bölünmesi" anlamına gelen şizofreni ismini ise 1911'de Eugen Bleuler vermiştir. Bleuler şizofrenide her zaman erken başlangıç ile bunamanın olmayabileceğini göstermiştir (Öztürk 2008).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 1952 yılında yayımlanan Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-I) sınıflandırmasında, şizofreni yaşamın zorlanmalarına karşı bir tepki türü olarak tanımlanmıştır. DSM-II ile reaksiyon tanımı bırakılmış, DSM-III'te hastalığın tanımlanması dahil etme ve dışlama ölçütleri getirilerek netleştirilmeye çalışılmıştır. DSM-III-R'de hastalığın 40 yaşından önce başlaması maddesi eklenmiş, DSM-IV'te hastalığın 40 yaşından sonra da başlayabileceği kabul edilmiş, DSM-V'te ise şizofreninin alt tipleri çıkartılarak, gidiş belirtileri eklenmiştir (Öztürk 2008, Amerikan Psikiyatri Birliği 2013).

Dünya Sağlık Örgütü, 1975 yılında "Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması-9" ve 1992 yılında "Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması-

10” isimli tanı kılavuzlarını yayınlarak şizofreni tanısına yer vermiştir (Davidson ve Neale 2004).

1.1.3 Epidemiyoloji

Hastalığın yaşam boyu görülme sıklığı %1 civarındadır. Hastalık erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaşlarında başlamakta, kadın-erkek arasında görülme sıklığında önemli bir fark görülmemekle birlikte, kadınlarda hastalığın gidişi daha iyi olmaktadır. Şizofreni her kültürde ve sosyo-ekonomik kesimde görülmekte ancak hastalığın gidişi düşük sosyo-ekonomik düzeyde daha iyi olmaktadır (Öztürk 2008, Davidson ve Neale 2004).

1.1.4 Etiyoloji

Hastalığın ortaya çıkmasında birçok faktör rol almaktadır. Genel olarak bireyin beyin gelişiminin erken dönemlerde genetik ve çevresel etkilerle bozulabileceği, ilerleyen dönemlerde karşılaşılan zorlayıcı olayların hastalığı tetikleyebileceği varsayımı kabul edilmektedir. Hastalığın ortaya çıkmasında nörodejenerasyon ile nörogelişimsel kuram, bilgi işleme bozukluk, dopamin-noradrenalin-serotonin-GABA nörotiransmitterlerinin salınımında ortaya çıkan bozukluklar gibi teoriler de öne sürülmüştür (Öztürk 2008, Davidson ve Neale 2004).

Şizofreninin oluş nedenleri kapsamında yapılan çalışmalarda; hastalığın ailesel geçiş gösterdiği, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre eş hastalanma oranının daha yüksek olduğu, anne ya da babası şizofreni olan evlat edinilmiş çocuklarda kontrol grubuna göre daha yüksek oranda şizofreni yelpazesi hastalıkları olduğu, biyolojik anne-babasinda hastalık olmayan ancak şizofreni hastalığı olan ebeveynlerce büyütülmenin şizofreni riskini yükseltmediği bulunmuştur (Öztürk 2008).

1.2. Şizofrenide Sağaltımın Tarihsel Değişimi

İlk çağda kötü ruhlara ve şeytanlara bağlanan ruhsal sorunlar, orta çağda yakılarak öldürülmelere neden olmuş, Rönesans’tan sonra öldürmeler sonlandırılırsa da hastalar zincire vurulmuş, toplumdan uzaklaştırılmıştır. Daha sonraki dönemlerde, 1500-2000 yatak kapasiteli depo hastaneler kurulmuş; yaşam alanlarının uzağındaki bu hastaneler, hastalıkların süregelenleştiği ve hastaların ömür boyu kaldığı kurumlar haline gelmiştir. Bu kurumlarda hastalara işkence ve kötü muamele yapılmış, birçok hak ihlali yaşanmıştır (Öztürk 2008, Foucault 1961).

1952 yılında klorpromazinin antipsikotik etkisinin anlaşılması, 1958 yılında klozapinin bulunmasıyla birlikte hastalık belirtileri önemli oranda azalarak birçok hastanın hastanelerden çıkması mümkün olmuştur (Güven ve Birsöz 2001). Ancak ilaçların toplumsal yeti kayıplarının üzerindeki etkisinin yeterli olmaması, taburculuk sonrası tedavi

uyumundaki sorunlar, hastaların strese olan duyarlılıkları hastaneye geri dönüşlerin sık olmasına neden olmuştur. Hastaların topluma uyum sağlamakta ve yeti kayıplarının giderilmesinde hastane temelli hizmetlerin yeterli olmayışı yeni bir sistem arayışı başlatmıştır (Songur ve diğ. 2017, Esen- Danacı ve diğ. 2018). Hastaların tedavi ve bakım hizmetlerinin geleneksel hastaneler yerine hastanın kendi yaşadığı çevrede sağlanmaya çalışıldığı bu sistemle hastane temelli hizmetlerden toplum temelli hizmetlere geçilmiştir. Toplum temelli hizmetlere geçiş 1961 yılında İtalya'da; eş zamanlı olarak İngiltere, Fransa, Almanya, Finlandiya gibi ülkelerde de başlamış ve tamamlanmıştır (Songur ve diğ. 2017).

Toplum temelli hizmetlerde; psikiyatr, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal çalışmacıdan oluşan ekip hastanın yaşadığı alana hizmeti götürmekte, bireyselleştirilmiş tedavi planlarıyla hastanın ihtiyaçlarının tümünü karşılayacak şekilde çalışmaktadır. Bu sistemle hastanın hastane yatışlarının en düşük düzeye getirilmesi istenmekte, hastanın saygın bireyler olarak toplum içerisinde en az desteğe ihtiyaç duyarak bağımsızlaşması hedeflenmektedir. Toplum içerisindeki her bireyin olduğu gibi ruhsal hastalığı olan kişilerin de temel ihtiyaçları olan; barınma, eğitim alma, çalışma, doyurucu sosyal ilişkiler kurma, evlenme, keyif aldığı etkinlikler çerçevesinde aktivitelere katılma toplum temelli hizmetlerle daha mümkün hale gelmiştir (Esen-Danacı ve diğ. 2018, Shean 2010).

Günümüzde şizofreninin tedavisi ilaç kullanımının yanı sıra birçok psikososyal yardım programıyla çok yönlü şekilde yürütülmektedir. Bilişsel-davranışçı terapiler, ruhsal toplumsal beceri eğitimleri, aile ve grup terapileri, bireysel terapiler gibi ruhsal-toplumsal yardım programları ülkemizde de hem hastane hem de toplum temelli hizmetler kapsamında kullanılmaktadır (Shean 2010, Doğan 2016).

1.3. Şizofrenide Düzeltme ve İyileşme Kavramları

Şizofreni tanımlandığı günden bu yana süregelen bir hastalık olarak açıklanmış, Kraepelin bunamayı hastalığın temel bir özelliği olarak belirtmiştir. Bleuler hastalıkta kötüye gidiş ve bunamanın her zaman olmadığını ifade etse de, hastalığın süregelenliği, şifa olmaz oluşu sıklıkla vurgulanmıştır. Bu durum hastaların damgalanmasını, hastalığın tedavisiyle ilgili ümitsizliği arttırmıştır (Amering ve Schmolke 2009).

Ancak antipsikotik ilaçların bulunması, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunulması, ruhsal-toplumsal yardım programları, hastalıkla ilgili yapılan uzun süreli araştırmaların sonuçlarıyla hastalığın süregelen olduğuna ilişkin şüpheler artmıştır (Hopper ve diğ. 2007, Shean 2010).

1.3.1. Şizofrenide Düzeltme

Duygudurum ve anksiyete bozukluklarına ilişkin düzeltme ölçütlerinin başarıyla kullanılması benzer ölçütlerin şizofreni hastalığı için de mümkün olabileceğini tartışmaya açmıştır. Bu gelişmeler ışığında şizofrenide düzeltme ölçütleri 2005 yılında Şizofrenide Düzeltme Çalışma Grubu tarafından belirlenmiştir. Bu ölçütlere göre şizofreni negatif, dezorganize ve psikotik belirtiler olmak üzere üç alt başlıkta tanımlanmış, düzeltme ölçütleri sık kullanılan ölçeklerle tespit edilebilecek şekilde tanımlanmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda örneğin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği ile Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği maddelerinden 3 ve altında; Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği'nden 2 ve altında puan alma, alınan bu değerleri 6 ay boyunca koruyor olma düzeltme ölçütleri olarak belirlenmiştir (Andreasen ve diğ. 2005).

Şizofrenide belirtisel düzelmenin işlevsel iyileşmeyle ilişkili olduğuna dair birçok kanıt bulunmaktadır. Ancak belirtisel düzelmenin tedavinin tek odak noktası olması bazı sakıncaları beraberinde getirmektedir. Çünkü hastaların bir kısmı belirtisel iyileşme ölçütlerini karşılamalarına rağmen toplumsal ve günlük işlevselliği sürdürmede zorluk yaşamaktadır. Belirtilerde düzelmenin olduğu ancak işlevsellikte değişimin az olduğu durumlarda hastalar kısıtlı bir yaşam sürdürmekte, aile ve toplumda oluşan yük de azalmamaktadır (Karow ve diğ. 2012).

Hastalık belirtileri şizofreninin önemli bir boyutunu oluştururken bu alandaki düzeltme toplumsal işlevsellik, bilişsel beceriler ile yaşam kalitesi üzerinde her zaman düzeltmeyle sonuçlanmamaktadır. Hastalık tedavisinin belirtisel iyileşmenin ötesine geçmesi gerekmekte, belirtisel ve işlevsel düzelmenin bir arada değerlendirileceği bir kavrama ihtiyaç duyulmaktadır. "İyileşme" kavramının bu bakımdan daha kapsamlı, çok yönlü ve ihtiyaçlara daha duyarlı olduğu söylenebilir. Ancak iyileşme ölçütleri üzerinde düzeltme ölçütlerinde olduğu gibi bir uzlaşma bulunmamaktadır (Empley ve diğ. 2011, Ciudad 2011).

1.3.2. Şizofrenide İyileşme

Şizofrenide iyileşme kavramına yönelik öznel ve nesnel olmak üzere iki farklı yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımların farklı tarihleri, bakış açıları ile tedavi hedefleri bulunmaktadır (Bellack 2006). Öznel iyileşmenin kesin bir tarihi olmamakla birlikte 1980'li yıllarda sosyopolitik değişimin etkisiyle bir sivil toplum hareketi olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Bu yaklaşımda paternalist ruhsal sağlık sistemi eleştirilmekte, ruhsal sağlık sistemindeki geleneksel doktor-hasta ilişkisinin hastanın umutsuzluğunu, çaresizliğini, bağımlılığını arttırdığını, damgalamayı kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir.

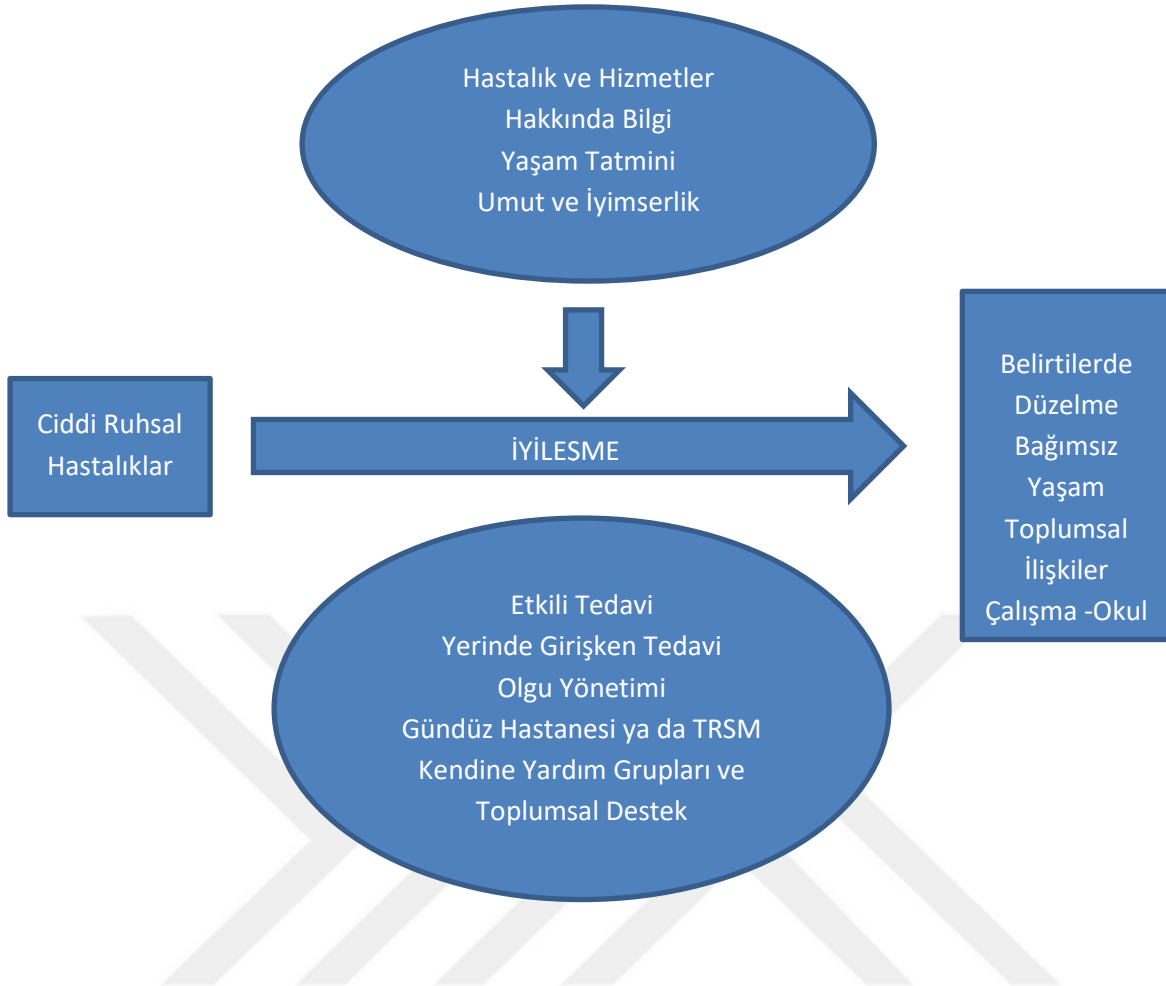
Her şizofreni hastasının iyileşme potansiyelinin olduğu ancak iyileşmenin bir sonuç olarak değil bir süreç olarak görülmesi gerektiği vurgulanmakta, hastalığın doğrusal bir yol izlemediği, zaman zaman hastalık belirtilerinin alevlenebileceği belirtilmekte, yardım-tedavi planlarının hastanın seçimleri çerçevesinde ona özel olması gerektiği ifade edilmektedir (Bellack 2006). İyileşme; gelecek ve benlikle ilgili olumlu beklenti ve algıları içeren iyimserlik ve umudu; iyileşme sürecinde ulaşılan hedefler ve başarılarından gelen cesareti, yalnızlık duygusunun üstesinden gelme ve kişinin anlam mücadelesini anlatan güçlenme ve manevi gücü, iyileşme sürecinde bireylerin buyurgan bir tutumdan uzak bir şekilde birbirlerine yardımlarını anlatan kendine yardım ve toplumsal desteği içermektedir (Lieberman 2011). İyileşmenin hastanın tedavisinde başat rol üstlenmesinin; hastanın güçlenmesi, bağımsızlaşması ve damgalanmasının azalmasında en etkili yollar olduğu sıklıkla belirtilmektedir (Amering ve Schmolke 2017). Öznel iyileşme hem hasta ve yakınlarına hem de sağlık profesyonellerine ve topluma güçlü bir mesaj vermektedir. Ancak iyileşme tanımı tedavi kapsamında yapılan müdahalelerin etkililiğini değerlendirmek için gerekli olan yeterli netliği taşımamaktadır. Alandaki çalışmaları kolaylaştırmak, çalışmalar için bilimsel bir zemin hazırlamak için nesnel ölçütlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Nesnel iyileşmede temel öncelik hastalık belirtilerinin azalması ve toplumsal işlevselliğin kazanılmasıdır. Nesnel iyileşme ölçütleriyle hem hastalık belirtilerine hem de sağlıklı bir yaşamın en temel gerekliliğinden olan toplumsal ilişkilere, çalışmaya ve eğitim hayatına odaklanılarak, bu alanlardaki bağımsız ve kendiliğinden hareket edebilmenin önemi vurgulanmaktadır. İlaç tedavisi, hastane yatışı, psikososyal müdahaleler, beceri eğitimleri, terapiler bu kapsamda uygulanır (Bellack 2006, Lieberman 2011). Nesnel iyileşme üzerinde uzlaşılan ölçütler olmamakla birlikte çalışmalarda belirtisel düzelme ile işlevsel düzelmenin odak noktaları olduğu söylenebilir. Belirtisel iyileşme için Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Klinik Genel İzlem- Şizofreni Ölçeği gibi hastalık belirtilerini ölçen ölçeklerden Şizofrenide Düzelme Çalışma Grubu'nun belirlediği ölçütlere uygun puan alınması, hastane yatışının olmaması, şizofreni tanısını artık karşılamayacak olma, ilaç tedavisine uyum gibi ölçütler getirilmiştir. İşlevselliği ölçmek için ise İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi'nden (İGD) 60, 70 ya da 80'in üstünde puan alma, Şizofrenide Psikosoyal Remisyon Ölçeği'nden 3 ve altında puan alma, çalışan, öğrenci ya da ev işlerinden sorumlu olma; aileden bağımsız yaşama, ayda bir toplumsal temas sağlamak ya da biriyle yaşama gibi ölçütler getirilmiştir (Torgalsbøen and Rund 2002, Harrow ve diğ.

2005, Nasrallah ve diğ. 2005, Novick ve diğ. 2009, Hopper ve diğ. 2007). Nesnel iyileşme ölçütleriyle ilgili dikkat çeken bir diğer öneri Liberman tarafından getirilmiştir. Hastalık belirtilerinin işlevselliği bozmayacak düzeyde olması, ailenin gözetimi olmaksızın bağımsız yaşama, yarı zamanlı ya da tam zamanlı bir işte çalışma ya da eğitim hayatına devam etme, en az haftada bir kez arkadaşlarıyla görüşme ve bu ölçütlerin en az 2 yıl boyunca karşılanması nesnel iyileşme ölçütleri olarak belirlenmiştir (Liberman ve diğ. 2002).

Yapılan çalışmalarda %4, %10, %13, %15, %19, %27 gibi farklı iyileşme oranları bildirilmiştir (Novick ve diğ. 2009, San ve diğ. 2007, Robinson ve diğ. 2004, Valencia ve diğ. 2015, Wunderink ve diğ. 2009, Bobes ve diğ. 2009). Ülkemizde nesnel iyileşme ölçütlerinin kullanıldığı tek çalışmada ise en az 2 yıl süren iyileşme oranının %24 olduğu saptanmıştır. 70 hastayla yapılan 5 yıllık bu izlem çalışmasında hastaların %63'ünün düzelmeye ölçütlerini, %36'sının iyileşme ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur (Yıldız 2017). Tedavi edilmemiş psikoz süresinin kısalığı, kadın cinsiyetinde olma, genç yaş, ailede şizofreni hastalığının olmaması, hastalık öncesi iyi uyum, şizoaffektif bozukluk, çalışıyor olma, az sayıda negatif belirti, iyi bilişsel işlev, başlangıçta antipsikotik ilaca iyi yanıt, geç hastalık başlangıç yaşı, ani-hızlı hastalık başlangıcı, depresif belirtilerin azlığı iyileşmeyle ilgili faktörler olarak bulunmuştur (Robinson ve diğ. 2004, Rosen ve diğ. 2005, San ve diğ. 2007, Haro ve diğ. 2008, Schennach-Wolff 2009, Bobes ve diğ. 2009, Wunderink 2009, Yıldız 2017).

Çizim 1.1'de gösterildiği gibi nesnel iyileşme ve öznel iyileşme kavramları bir araya getirildiğinde iyileşmenin hem bir süreç hem de bir sonuç olarak düşünülebileceği görülmektedir. İyileşme sürecinde etkili tedavi, yerinde girişken tedavi, olgu yönetimi, gündüz hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, kendine yardım grupları gibi alınan destekler ile bireyin yaşam tatmini, umut, güçlenme ve iyimserliği birleştiğinde iyileşme hedefi gerçekleştirilebilir bir amaç olmaktadır (Liberman 2011, Yıldız 2015).



Çizim 1.1. Yetiyetiminden iyileşmeye: Bir süreç olarak iyileşme. Yıldız (2015)'dan alınmıştır.

1.4. Türkiye’de Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Selçuklu Devleti ile Osmanlı Devleti dönemlerinde ruhsal hastalığı olan kişilere insancıl bir yaklaşım sergilendiği, hastaların toplumdan dışlanmadan Darüşşifalar ve Bimarhanelerde tedavi alabildiği görülmektedir. Cumhuriyet döneminde ise İstanbul, Elazığ ve Manisa’da akıl hastaneleri kurulmuş, hizmetler hastane temelli olarak sunulmuştur. Bu hizmetler dışında İstanbul’da bulunan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde uzun süredir yatan bazı hastalara yemekhane, çamaşırhane, bahçe işlerinde, düzenli ücret karşılığında iş verilmiştir (Gökalp ve Aküzüm 2007). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde başhekim olarak görev yapan Faruk Bayülkem’in öncülüğünde rehabilitasyon atölyeleri açılmış, Ruh Sağlığı Şenlikleri yapılmıştır. İstanbul ve Ankara’da açılan Ruh Sağlığı Dispanserleri’nde, halka açık tanıtım programları, broşür dağıtımları, aile toplantıları, ev ziyaretleri, iş-uğraşı çalışmaları yapılmıştır (Erkoç ve diğ. 2011, Doğan 2016).

Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine yönelik en büyük adım 2006 Ulusal Ruh Sağlığı Politika metniyle atılmıştır. Bu metinle hastane temelli hizmetlerden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş yapılacağı ifade edilmiştir. 2008'de ilk Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) Bolu'da kurulmuş, 2011 Ulusal Ruh Sağlığı Politika metniyle TRSM'lerin ülke genelinde yaygınlaşması sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011). Bu doğrultuda hedeflenen TRSM sayısı 236 olmakla birlikte, güncel TRSM sayısı 171'dir (Sağlık Bakanlığı 2018).

2011-2023 Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni'nde ciddi ruhsal hastalığı (CRH) olan bireyler için tüm ihtiyaçların karşılanacağı bütüncül bir sağlık sistemi kurulacağı hedeflenmiş, bu hedefler kapsamında yarı-yol evleri, korumalı evler ve korumalı işyerlerinin açılacağı belirtilmiştir. Ruhsal sağlığı teşvik etmek hedefi doğrultusunda ise ruhsal hastalığı olanlara yönelik damgalamaya karşı bilinçlendirme kampanyaları, damgalama karşıtı çalışma grupları oluşturulacağı ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2011).

TRSM'lerin temel amaçları; hastane yatışlarının önüne geçmek ya da azaltmak, toplumsal işlevselliği arttırmak, bakım verenlerin yükünü ve ciddi ruhsal hastalığı olanlara yönelik damgalamayı azaltmak olarak tanımlanmıştır. Bu kapsamda merkezin; aile hekimlikleri başta olmak üzere; diğer sağlık kuruluşları, üniversiteler, aile çalışma ve sosyal hizmetler il müdürlüğü, belediye sosyal işler müdürlüğü, vakıflar, sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içerisinde çalışacağı ifade edilmiştir. Merkezlerde çalışan ekip; psikiyatri uzmanı, psikolog, hemşire, sosyal çalışmacı, ergoterapist ve diğer yardımcı personelden (tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı, güvenlik görevlisi) oluşmaktadır. Merkez, hizmet verdiği bölgedeki CRH'si olan kişileri telefonla ya da ev ziyareti yaparak merkeze davet etmektedir. Gezici ekip kayıt yapıldıktan sonra da merkezde sürdürülen faaliyetler kapsamında yaptığı ziyaretleri devam ettirmektedir (Sağlık Bakanlığı 2011, 2014).

TRSM'ler hastane temelli hizmetlerden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlere geçişi sağlayarak, şizofreniye yönelik iyileştirme çalışmalarındaki boşluğu önemli oranda doldurmuştur. Sunulan hizmetlerin ve etkinliklerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmalarda; yaşam kalitesinin, içgörünün, toplumsal işlevselliğin, düzenli ilaç kullanımının arttığı; hastalık belirtilerinin, hastane yatış sıklığı ve süresinin, bakım veren yükünün, stres belirtilerinin, sağlık sorunlarının azaldığı bildirilmiştir (Aydın 2016, Özdemir ve diğ. 2017, Üstün ve diğ. 2018, Aydın ve diğ. 2014, Ensari ve diğ. 2013, Gül ve diğ. 2014, Ata ve Doğan 2018). Bu gelişmelerle birlikte halen TRSM'lerin gelişimiyle ilgili yapılması gerekenler bulunmaktadır. Örneğin bir çalışmada TRSM' den hizmet alan

hastaların gelir düzeyinin düşük; bekar, işsiz hasta sayısının yüksek olduğu (Saruç ve Kaya Kılıç 2015) bulgulanırken, 45 TRSM'nin incelendiği bir profil çalışmasında, tüm merkezlerde aile eğitimleri, bireysel danışmanlık, iş-uğraş tedavisi, ev ziyaretleri ve poliklinik hizmetlerinin verildiği ancak TRSM'ye devam eden hasta sayısının kayıtlı hasta sayısına oranla oldukça düşük düzeyde kaldığı saptanmıştır (Bilge ve diğ. 2016).



2.AMAÇ

Şizofrenide tedavi amaçları belirtisel iyileşmenin ötesine geçerek, hastaların yaşamın birçok alanında işlev gösterdiği iyileşmeye dönük olarak değişmiştir. Ülkemizde bu yönde atılan en büyük adım TRSM'lerin açılması olmuştur. TRSM'de yapılan çalışmalar, merkezlerin hasta ve hasta yakınlarına sağladığı faydaları göstermektedir. Ancak bu faydaların evlilik, eğitim, çalışma gibi somut sonuçlarıyla ilgili bilgi alınamamaktadır. TRSM uygulamalarının şizofreni hastalarının iyileşmeleri üzerine ne kadar etkili olduğunu anlamak için nesnel iyileşme ölçütlerinin kullanıldığı çalışmalara gereksinim vardır.

Bu çalışmada TRSM'ye en az 2 yıl kayıtlı, en az 3 ay boyunca en az haftada bir defa psikososyal tedavi programından faydalanmış olan hastaların program sonunda nesnel iyileşme ölçütlerini ne oranda karşıladığını bulmak amaçlandı. Böylece TRSM'nin hastaların iyileşme düzeylerine olan katkısına dair veri elde edilecektir.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel bir çalışmadır. Katılımcılar herhangi bir müdahale uygulanmamış, TRSM'ye düzenli katılım sağlayan hastalar nesnel iyileşme ölçütlerine göre değerlendirilmiştir.

3.2. Araştırma Yerinin Seçimi

Araştırma, Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim Araştırma Hastanesi TRSM'de 10 Mart 2019 – 30 Haziran 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Derince TRSM 2012 yılında açılmıştır. 26 Şubat 2019 tarihi itibarıyla 498 kayıtlı hastası bulunmaktadır. Bu hastaların 414'ü şizofreni, 66'sı bipolar bozukluk, 15'i şizoaffektif bozukluk, 3'ü delüzyonel bozukluk tanısıyla izlenmektedir.

Kurumda hekim, iki psikolog, ergoterapist, hemşire, sağlık memuru, müzik terapisti, güvenlik görevlisi, veri giriş personeli çalışmaktadır. Halk Eğitim Merkezi'nden halk oyunları, drama, ahşap boyama, resim, el-ışi ve spor alanlarında çalışmak üzere eğiticiler gelmektedir. Merkezdeki tedavi ekibi (psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, ergoterapist, hemşire) olgu yöneticiliği yapmakta olup, uzmanlık alanlarıyla ilgili ihtiyaç duyulan zamanlarda iletişim kurarak hastanın durumunu değerlendirmektedir. Poliklinik hizmetini aynı zamanda tedavi ekibini yöneten psikiyatrist vermektedir. Toplumsal beceri eğitimleri, aile eğitimleri, bireysel danışmanlık, ev ve iş yeri ziyaretleri, E-KPSS kursları, merkez dışında gezi ve etkinlikler merkezin verdiği diğer hizmetlerdendir. Merkeze ait bir haftalık çalışma programı Çizelge 3.1'de sunuldu.

Çizelge 3.1. Derince TRSM haftalık çalışma programı.

PAZARTESİ	SALI	ÇARŞAMBA	PERŞEMBE	CUMA
9.30-10.50 Halk Oyunları	9.30-10.50 Drama	9.00-10.50 İş-Uğraş Terapisi	9.30-10.50 Drama	10.00-10.50 Günaydın Toplantısı
10.50-11.00 Çay Saati	10.50-11.00 Çay Saati	10.50-11.00 Çay Saati	10.50-11.00 Çay Saati	10.50-11.00 Çay Saati
11.00-11.50 Halk Oyunları	11.00-12.00 Drama	11.00-12.00 İş-Uğraş Terapisi	11.00-12.00 Drama	11.50-11.50 Günaydın Toplantısı
12.00-13.00 Yemek ve Dinlenme saati	12.00-13.30 Yemek ve Dinlenme saati	12.00-13.00 Yemek ve Dinlenme saati	12.00-13.00 Yemek ve Dinlenme saati	12.00-13.00 Yemek ve Dinlenme saati
13.00-13.50 İş-Uğraş Terapisi	13.30-14.30 Koro Çalışması ve Spor	13.30-13.50 Halk Oyunları	13.00-13.50 Spor	13.30-14.20 Müzik Terapi
13.50-14.00 Çay saati	14.30-14.40 Çay saati	13.50-14.00 Çay saati	13.50-14.00 Çay saati	14.30-14.40 Çay saati
14.00-15.00 İş-Uğraş Terapisi	14.40-15.30 Koro Çalışması, Ses Eğitimi ve Spor	14.00-15.00 İş-Uğraş Terapisi	14.00-15.00 Spor	14.40-15.30 Müzik Terapi
15.00-16.00 Günü Değerlendirme- Ekip Toplantısı	15.00-16.00 Günü Değerlendirme- Ekip Toplantısı	15.00-16.00 Günü Değerlendirme- Ekip Toplantısı	15.00-16.00 Günü Değerlendirme- Ekip Toplantısı	15.30-16.00 Günü Değerlendirme- Ekip Toplantısı

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Derince TRSM’de kayıtlı olan 498 kayıtlı hasta çalışmanın evrenini oluşturmaktaydı. Çalışmanın örneklemini merkeze iki yıl boyunca kayıtlı olup, en az üç ay boyunca haftada bir herhangi bir psikososyal hizmetten faydalanan 100 şizofreni hastası oluşturdu. Psikososyal tedavi programı; bireysel danışmanlık, toplumsal beceri eğitimi, günaydın toplantısı ve iş-uğraş terapisi olarak belirlendi.

Çalışmaya katılma ölçütleri:

1. DSM-5’e göre şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı almış olan,
2. En az ilkokul mezunu,
3. 18-60 yaş arasında,
4. TRSM’ye en az 2 yıl kayıtlı olma,
5. Kayıtlı olduğu dönem içinde en az 3 ay boyunca haftada en az bir kez herhangi bir psikososyal tedavi programına devam etme olarak,

Dışlama ölçütleri:

1. Zekâ geriliği olması,
2. Yetiyitimine neden olacak düzeyde nörolojik bir hastalığın olması,
3. Konuşma ve anlamayı engelleyecek düzeyde dil sorununun olması,
4. Alkol madde bağımlılığı olması şeklinde belirlenmiştir.

Örnekleme oluşturan 100 hasta merkez çalışanlarıyla yapılan görüşmelerle belirlendi. Halen hizmet almakta olan 40 hastayla kurumda iletişim kurularak çalışmaya dahil edildi. 60 kişi arandı, çalışmaya 10 kişi katıldı. Diğer 50 hastanın dosya bilgilerinden iyileşme ölçütlerine dair bilgi alınmaya çalışıldı ancak yeterli bilgiye ulaşılamadı. Araştırma 50 hastayla gerçekleştirildi.

Öncelikle hastalara çalışmanın amacı anlatılarak, katılımları için sözel ve yazılı onayları alındı. Çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanarak, alınan bilgilerin gizli tutulacağı söylendi. Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalardan aydınlatılmış onam alındı.

Hastalarla merkeze rutin ziyaretlerinde görüşme yapılarak, klinik ve nüfus özelliklerini içeren bilgi formu, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ), Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGİ-Ş), İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD) ölçekleri araştırmacı tarafından uygulandı. Ölçeklerin uygulanması ve klinik görüşme yaklaşık 30 dakika sürdü.

3.4. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

3.4.1. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ): Yıldız ve diğ. (2018) tarafından şizofrenisi olan bireylerin toplumsal işlevsellik düzeyini belirlemek için geliştirilen ölçek 19 maddeden oluşup, üçlü Likert tipi puanlama ile derecelendirilen, hasta, hasta yakını ya da klinisyenler tarafından doldurulabilen bir ölçektir. Özbakım, kişiler arası ilişkiler ve eğlenti, bağımsız yaşam ve çalışma durumunu içeren 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan 57'dir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.84, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı $r=0.87$ 'dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar toplumsal işlevselliğin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.4.2. Klinik Genel İzlenim- Şiddet (KGİ-Ş): Guy tarafından geliştirilen ölçeğin şiddet alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine göre 1 ile 7 arasında derecelendirilmesini içermektedir. Yüksek puan hastalık şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (Guy 1976).

3.4.3. İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD): DSM-4'te Eksen V değerlendirilmesi olarak kullanılan ölçek, klinisyen tarafından değerlendirilip 0-100 arasında puanlanır.

Yüksek puan işlevselliğin yüksek olduğunu göstermektedir (American Psychiatric Association 1994).

3.4.4.Hasta Bilgi Formu: Katılımcılara ait kişisel bilgileri içeren, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından hazırlanmış olan bir formdur. Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum gibi demografik bilgileriyle birlikte hastalık bilgileri, alkol-madde kullanımı, merkeze kayıt ve geliş sayısı bilgilerini içermektedir.

3.5. Şizofrenide Nesnel İyileşme Ölçütleri

Çalışmada nesnel iyileşme ölçütleri olarak Liberman ve arkadaşlarının önerdiği ölçütler bazı değişiklikler yapılarak kullanılacaktır (Liberman ve diğ. 2002).

Liberman'ın ölçütleri:

- Hastalık belirtilerinin işlevselliği bozmayacak düzeyde olması,
- Ailenin gözetimi olmaksızın bağımsız yaşama,
- Yarı zamanlı ya da tam zamanlı bir işte çalışma ya da eğitim hayatına devam etme,
- En az haftada bir kez arkadaşlarıyla görüşme,
- Bu ölçütlerin en az 2 yıl boyunca karşılanmasıdır.

Çalışmada kullanılacak ölçütler:

- Hastalık belirtilerinin işlevselliği bozmayacak düzeyde olması. Örneğin Klinik Genel İzlenim -Şiddet Alt Ölçeği'nden 3 ve altında puan almak, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi'nden 61 puan ve üstü almak,
- Ailesiyle yaşıyor olsa bile, hastanın günlük yaşam etkinlikleri ile özbakımda bağımsız olması,
- Yarı zamanlı ya da tam zamanlı bir işte çalışma ya da eğitim hayatına devam etme,
- En az ayda bir kez arkadaşlarıyla görüşme ya da evli olma,
- Son bir yılda hastane yatışı ya da alevlenme olmaması,
- Bu ölçütlerin en az 1 yıl boyunca karşılanması olarak alındı.

3.6.Alınan Etik Kurul Onayı Yeri ve Numarası

Bu çalışma için Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.01.2019 tarihinde KÜ GOKAEK 2019/02.19 2019/29 numaralı etik kurul onayı alınmıştır.

3.7. İstatistiksel Analiz ve Veri Çözümleme

İstatistiksel analiz SPSS 22 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı ile yapıldı. Nüfus ile klinik özellikler tanımlayıcı istatistikler kullanılarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki kare testi, sürekli değerlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ilişkisel analizlerde Spearman bağıntı analizi kullanıldı. Bağıntı katsayıları için; 0.00 ilişki yok, 0.01-0.29 düşük düzeyde ilişki, 0.30 - 0.70 orta düzeyde ilişki, 0.71 - 0.99 yüksek düzeyde ilişki, 1.00 mükemmel ilişki olarak alındı (Köklü ve diğ. 2006).



4. BULGULAR

Çalışma TRSM'ye en az 2 yıldır kayıtlı, en az 3 ay boyunca haftada bir psikososyal tedavi programına dahil olmuş 50 hastayla 10 Mart 2019-30 Haziran 2019 tarihleri arasında tamamlandı.

Çalışmayı tamamlayan hastaların tamamı şizofreni hastası idi. Çoğu bekar (%88), erkek (%88), işsiz (%80), ailesiyle yaşayan (%92) hastaların ortalama yaşı 40, eğitim süresi ortalama 10 yıl, ortalama hastalık süresi 18 yıl, ortalama yatış sayısı 3 idi. Beden kitle indeksi ortalama 28 (fazla kilolu) olan hastaların sigara kullanım oranı (%60) iken esrar kullanan kimse yok idi. TRSM hizmetlerini almaya başladıktan sonra evlenen, eğitim hayatına devam eden, dış ortamda yeni arkadaş edinen hasta yok iken 10 çalışan hastadan 6'sının TRSM çalışmaları (olgu danışmanlığı, E-KPSS kursu) sonucu işe başladığı saptandı. 4 hasta iste TRSM kayıt tarihinden önce de çalışmaktaydı.

Merkeze ortalama kayıt yılı 5 iken ortalama geliş sayısı ise 343 idi. Hastaların merkezden hizmet aldıkları süre boyunca ayda bir poliklinik hizmeti alma oranı ortalama %78, ayda bir bireysel danışmanlık hizmeti alma %50 ve haftada bir iş-uğraş terapisi hizmeti alma ortalama %48 idi.

4.1. Hastaların Nesnel İyileşme Ölçütlerini Karşılama Oranları

Hastaların çoğunun (%60) günlük yaşam etkinlikleri ile öz bakımda bağımsız olduğu, ayda en az bir kez arkadaşıyla görüştüğü ya da evli olduğu (%76), orta düzeyde bir işlevsellik gösterdiği (%56), hafif düzeyde hasta olduğu (%50), son bir yılda hastane yatışının olmadığı (%84) ancak az sayıda kişinin (%20) çalışma hayatına devam ettiği izlendi. Nesnel iyileşme ölçütlerinin tümünü karşılayan kişi sayısının 7 (%14) olduğu, çalışma ölçütü dışında diğer ölçütleri karşılayan kişi sayısının 19 (%38) olduğu saptandı. Eğitim hayatına devam eden hasta yok iken, düzenli çalışanlardan bir kişi ayda bir arkadaşıyla görüşmediği için, biri son bir yılda hastane yatışı olduğu için, diğeri ise KGİ-Ş ölçeğinden 3'ten fazla puan aldığı için iyileşme ölçütünü karşılamış olarak kabul edilmedi. Hastaların nesnel iyileşme ölçütlerini karşılama oranları Çizelge 4.1'de verildi.

Çizelge 4.1. Nesnel iyileşme ölçütlerini karşılama oranları (N:50)

	Sayı	Yüzde
KGİ ≤ 3	25	50
İGD ≥ 61	28	56
Arkadaşlık/Eş	38	76
Bağımsız yaşam	30	60
Çalışma/Eğitim	10	20
Hastane Yatışı	8	16
Çalışma Dışında	19	38
Tüm ölçütleri karşılayanlar	7	14

4.2.Nüfus ve Klinik Özelliklerin Gruplar Arası Karşılaştırılması

İyileşme ölçütünü karşılayan hastalar ile karşılamayan hastalar nüfus ve klinik özellikler açısından karşılaştırıldı, gruplar arasında çalışma durumu dışında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı. İyileşme ölçütünü karşılayanlar ve karşılamayanların nüfus ile klinik sürekli verilerinin karşılaştırılması Çizelge 4.2’de sunuldu.

Çizelge 4.2. Nüfus ve klinik sürekli verilerin gruplar arası karşılaştırılması

	N	Ort±SS	Aralık	Z	p
Yaş					
Toplam	50	40,82 ±7,45	25-59		
İyileşenler	7	36,86±7,34	25-47	-1,470	0,142
İyileşmeyenler	43	41,47±7,39	25-59		
Eğitim Süresi					
Toplam	50	9,86 ±3,06	5-16		
İyileşenler	7	11,86 ±2,73	8-15	-1,51	0,131
İyileşmeyenler	43	9,53±3,01	5-16		
Merkez Dışındaki Arkadaş Sayısı					
Toplam	50	3,04±3,28	0-10		
İyileşenler	7	3,71±4,80	1-10	-0,298	0,765
İyileşmeyenler	43	2,93± 3,14	0-10		
Hastalığın Başlangıç Yaşı					
Toplam	50	21,86±4,29	16-38		
İyileşenler	7	22±3,21	17-24	-0,478	0,633
İyileşmeyenler	43	21,84±4,47	16-38		
Hastalık Süresi					
Toplam	50	18,48±7,62	4-37		
İyileşenler	7	14,71±7,58	5-29	-1,65	0,098
İyileşmeyenler	43	19,09±7,53	4-37		
TRSM Kayıtlı Yıl					
Toplam	50	5,44±1,65	2-7		
İyileşenler	7	4,57 ±2,07	2-7	-1,159	0,246
İyileşmeyenler	43	5,58±1,56	2-7		
TRSM Geliş Sayısı					
Toplam	50	342,94±316,59	42-1581		
İyileşenler	7	223,29±153,41	42-442	0,909	0,364
İyileşmeyenler	43	362,42±332,86	60-1581		
Yatış Sayısı					
Toplam	50	3,52±3,85	0-20		
İyileşenler	7	2,43±1,39	1-7	-0,229	0,819
İyileşmeyenler	43	3,70±4,39	0-20		
Beden Kitle Göstergesi					
Toplam	50	28,54±6,02	19-43		
İyileşenler	7	27,43± 7,36	21-43	-0,338	0,736
İyileşmeyenler	43	28,72 ±5,85	19-43		

Z: Mann Whitney –U değeri

İyileşme ölçütünü karşılayanların tümü erkek, çalışan, bekar ve ailesiyle yaşamakta idi. İyileşme ölçütünü karşılayan grubunda alkol kullanımı yokken, esrar kullanımı her iki grupta da bulunmadı. Gruplar arasında çalışma durumu dışında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı. İyileşme ölçütünü karşılayanlar ve karşılamayanların nüfus ile klinik kategorik özelliklerinin karşılaştırılması Çizelge 4.3'te sunuldu.

Çizelge 4.3. Nüfus ve klinik kategorik verilerin karşılaştırılması

	Toplam Sayı (%)	İyileşenler Sayı (%)	İyileşmeyenler Sayı (%)	X²	p
Cinsiyet					
Kadın	6 (12)	0	6 (14)	*	0,576
Erkek	44 (88)	7 (100)	37 (86)		
Medeni Durum					
Bekar	44 (88)	7(100)	37 (86)		
Evli	3 (6)	0	3 (7)	0,405	1,000
Boşanmış	3 (6)	0	3 (7)		
Çalışma Durumu					
İşsiz	19 (38)	0	19 (44,2)		
Malulen Emekli	16 (32)	0	16 (37,2)	22,384	0,000
Engelli Maaşı	5 (10)	0	5 (11,6)		
Düzenli Çalışma	10 (20)	7 (100)	3 (7)		
Askerlik					
Muaf	20 (40)	3 (42,9)	17 (39,5)		
Yaptı	24 (48)	3 (42,9)	21 (48,8)	1,112	1,000
Yarıda bıraktı	6 (12)	1 (14,2)	5 (11,6)		
Yaşam Biçimi					
Aileyle	46 (92)	7 (100)	39 (90,7)		
Eş ve Çocuklar	3 (6)	0	3 (7,0)	0,791	1,000
Yalnız	1 (2)	0	1 (2,3)		
Arkadaşlarla Görüşme					
Haftada bir	26 (52)	5 (71,4)	21 (48,8)		
Ayda bir	9 (18)	2 (28,6)	7 (16,3)	3,791	0,124
Üç ayda bir	15 (30)	0	15 (34,9)		
Ailede Psikotik Hastalık					
Var	11 (22)	1 (14,3)	10 (23,3)	*	1,000
Yok	39 (78)	6 (85,7)	33 (76,7)		
TRSM Poliklinik Muayenesi**					
Haftada bir	2 (4)	0	2 (4,7)		
Ayda bir	39 (78)	5 (71,4)	34 (79)	1,062	0,706
Üç ayda bir	9 (18)	2 (28,6)	7 (16,3)		

Çizelge 4.3. Nüfus ve klinik kategorik verilerin karşılaştırılması (devamı)

	Toplam Sayı (%)	İyileşenler Sayı (%)	İyileşmeyenler Sayı (%)	X²	p
TRSM Bireysel Danışmanlık**					
Haftada bir	17 (34)	1 (14,3)	16 (37,2)		
Ayda bir	25 (50)	4 (57,1)	21 (48,8)	1,953	0,420
Üç ayda bir	8 (16)	2 (28,6)	6 (14)		
TRSM İş-Uğraş**					
Haftada bir	24 (48)	2 (28,6)	22 (51,2)		
Ayda bir	12 (24)	1 (14,3)	11 (25,6)	2,971	0,248
Üç ayda bir	14 (28)	4 (57,1)	10 (23,3)		
Sigara Kullanımı					
Var	30 (60)	3 (42,9)	27 (62,8)	*	0,416
Yok	20 (40)	4 (57,1)	16 (37,2)		
Alkol Kullanımı					
Var	5 (10)	0	5 (11,6)	*	1,000
Yok	45 (90)	0	38 (88,4)		
Esrar					
Var	0	0	0		
Yok	0	0	0		

X²: pearson ki kare değeri,

* Fisher Exact Test

** Hastaların merkeze düzenli geldiği dönem temel alınarak hazırlanmıştır.

4.3. Ölçek Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

TİDÖ, İGD ve KGI-Ş ölçek puanlarında gruplar arasındaki fark Man Whitney U testiyle incelendi. İyileşme ölçütünü karşılayanların ortalama TİDÖ Toplam, TİDÖ Bağımsız ve TİDÖ Çalışma alt ölçek puanlarının karşılamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu. Ölçek ortalama puanlarının karşılaştırılması Çizelge 4.4'te sunuldu.

Çizelge 4.4. Ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Toplam (N:50)	İyileşenler (N:7) Ort±SS	İyileşmeyenler (N:43) Ort±SS	Z	p
TİDÖ toplam	40,06±5,04	44,29±5,43	39,37±4,68	-2,047	0,041
TİDÖ özbakım	14,36±2,53	14,29± 2,75	14,37±2,53	-0,225	0,822
TİDÖ ilişki	14,26±2,91	15,29± 2,43	14,09± 2,98	-0,942	0,346
TİDÖ bağımsız	10,14±1,71	11,86±0,37	9,86±1,68	-3,282	0,001
TİDÖ çalışma	1,38±0,78	3±0,00	1,12±0,44	-5,777	0,000
KGI	3,48±0,58	2,86±0,37	3,60±0,54	--3,057	0,002
İGD	60,86±7,42	71,29± 17,99	59,23± 6,64	-4,110	0,000

Z: Mann Whitney U değeri

4.4. Ölçek Puanlarının Bağntı Bulguları

TİDÖ, İGD ve KGİ-Ş ölçek puanları arasındaki bağntı Spearman bağntı analizi ile incelendi. TİDÖ ve İGD ölçekleri arasında orta düzeyde pozitif bağntı saptandı. İGD, Özbakım boyutu dışında TİDÖ'nün bütün boyutlarıyla anlamlı olarak pozitif bağntılı bulundu. En yüksek bağntı İGD ve TİDÖ Toplam puanı arasında idi ($r=0,67$). TDÖ ve KGİ-Ş ölçekleri arasında düşük ila orta düzeyde negatif bağntı saptandı. KGİ-Ş ölçeği Özbakım boyutu dışında TİDÖ'nün bütün boyutlarıyla anlamlı olarak negatif bağntılı bulundu. En yüksek bağntı KGİ-Ş ile TİDÖ Toplam puanı arasında idi ($r=-0,56$). İGD ve KGİ-Ş ölçekleri arasında yüksek düzeyde bağntı saptandı ($r=-0,81$). Ölçekler arasındaki bağntı bulguları Çizelge 4.5'de verildi.

Çizelge 4.5. Ölçek puanlarının bağntı katsayıları

	TİDÖ toplam	TİDÖ Özbakım	TİDÖ bağımsız	TİDÖ İlişki	TİDÖ çalışma	İGD
TİDÖ toplam						
TİDÖ özbakım	,59*					
TİDÖ bağımsız	,59*	,10				
TİDÖ ilişki	,72*	,11	,22			
TİDÖ çalışma	,36*	,02	,59*	,07		
İGD	,67*	,20	,60*	,49*	,59*	
KGİ	-,56*	-,20	-,50*	-,39*	-,42*	-,81*

* $p<0.01$, Spearman korelasyon

4.5. Merkeze Kayıtlı Yıl ve Geliş Sayısının Ölçek Puanları ile Bağntı Bulguları

Merkeze kayıtlı yıl ve geliş sayısı ile TİDÖ, İGD ve KGI-Ş ölçek puanları arasındaki bağntı Spearman bağntı analizi ile incelendi. Merkeze kayıtlı yıl ve geliş sayısı ile TİDÖ Toplam, TİDÖ Özbakım, İGD puanları arasında orta düzeyde negatif bağntı saptanırken, KGI-Ş puanıyla bir bağntı bulunmadı. Merkeze kayıtlı yıl ve geliş sayısı ile ölçek puanları arasındaki bağntı katsayıları Çizelge 4.6'da verildi.

Çizelge 4.6. Merkeze kayıtlı yıl ve geliş sayısı ile ölçek puan bağntı katsayıları

	TİDÖ toplam	TİDÖ özbakım	TİDÖ ilişki	TİDÖ bağımsız	TİDÖ Çalışma	İGD	KGI-Ş
Merkeze Kayıtlı Yıl Sayısı	-,46**	-,41**	-,22	-,24	-,14	-,34*	,22
Merkeze Geliş Sayısı	-,37**	-,52**	-,06	-,20	-,16	-,32*	,16

*p<0.05, **p<0.01, Spearman korelasyon

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada TRSM'ye devam eden 50 şizofreni hastasının nesnel iyileştirme ölçütlerini karşılama oranlarına bakıldı, ölçütlere uyan hastalar ile uymayan hastaların nüfus ve klinik özellikleri ile merkezden faydalanmaları arasında fark olup olmadığı değerlendirildi. Gruplar arasında çalışma durumu dışında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı, merkeze kayıtlı yıl ile geliş sayısı ve işlevsellik ölçekleri arasında negatif yönde orta düzeyde bağıntı olduğu saptandı. TRSM hizmetleri sonucunda evlenen, eğitim hayatına devam eden, yeni arkadaş edinen hasta saptanmazken 6 hastanın işe başladığı saptandı.

Çalışmaya katılan hastaların çoğunun erkek, bekar, işsiz ve ailesiyle yaşamakta olduğu bu bakımdan diğer çalışmalardaki şizofreni hastalarıyla nüfus özellikleri açısından benzer olduğu söylenebilir (Saruç ve Kaya Kılıç 2015, Ensari ve diğ. 2013, Aydın 2016, Aydın ve diğ. 2014, Yıldız 2017). Şizofreni hastaları çoğunlukla aile ile birlikte yaşamakta, aile hastanın bakımında ve tedavisinde önemli rol oynamaktadır (Saunders 2003). Ailelerin hastaya yönelik yüksek duygu dışı vurumu hastalık şiddetinde artmaya yol açarken, şizofreni hastasının bakım verenlerde oluşturduğu yük de aile bireylerinde depresyon ve tükenmişlik gibi psikiyatrik hastalıklara yol açabilmektedir (Spiegel 1986, Atagün ve diğ. 2011). TRSM'lerin temel amacı hastaların bağımsızlaşarak kendi yaşamlarına yön verebilmeleridir. Bu hedef doğrultusunda 2011-2023 Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni'nde CRH'si olan bireyler için tüm ihtiyaçların karşılanacağı bütüncül bir sağlık sistemi kurulacağı belirtilmiş, yarı yol evlerinin 2014'e kadar kurulup yaygınlaştırılması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı 2011). Ancak bu hedef gerçekleştirilememiş, 2005 yılında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi bünyesinde açılan korumalı evler de damgalama, finansman sorunları, hastaların iletişim kurmadaki zorlukları gibi çeşitli nedenlerle yaygınlaştırılmamış, hastane dışındaki evler de kapatılmıştır (Baykara 2017). Hastaların bağımsızlaşması ve toplumsal katılımın daha fazla artması için yarı yol evleri ile destekli ev projelerinin hayata geçirilmesi gerekmektedir (Yılmaz 2012).

CRH'si olan bireylerin çok yönlü ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak 2013 yılından itibaren yaygınlaştırılan TRSM'lerin etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir. En az 6 ay düzenli şekilde TRSM hizmetlerini alan 28 hastayla yapılan bir ön test-son test çalışmasında hastalık belirtilerinin azaldığı bulgulanmış (Gül ve diğ. 2014), çoklu yatışı bulunan 18 hastanın 18 ay boyunca TRSM'de yapılan faaliyetlere katıldıktan sonra hastalık belirtilerinin, hastane yatış sayısı ve gününün azaldığı saptanmıştır (Aydın ve diğ.

2014). Yapılan bir diğer çalışmada bir yıl boyunca düzenli olarak TRSM hizmetlerini alan 50 hasta ile poliklinikten takip edilen 50 hasta karşılaştırılmış ve TRSM'den hizmet alan hastaların hastalık belirtilerinin, hastane yatışlarının daha az, toplumsal işlevselliklerinin daha iyi olduğu görülmüştür (Aydın 2016). TRSM'ye devam eden 100 hasta ile 50 poliklinik hastasının karşılaştırıldığı diğer bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Özdemir ve diğ. 2017). Bununla birlikte toplumsal işlevsellik ölçeklerinin mesleki alt ölçeklerinde değişim saptanamamıştır (Aydın ve diğ. 2014, Aydın 2016, Özdemir ve diğ. 2017). Çalışmaya katılan hastaların yarısının hafif düzeyde hasta ve orta bir işlevsellik düzeyinde olması, çoğunluğun (%84) son bir yılda hastane yatışının bulunmaması grubun genel bir TRSM hasta grubunu temsil ettiğini gösterebilir. Toplumsal işlevselliğin somut göstergelerine bakıldığında hastalardan TRSM hizmetlerini aldıktan sonra evlenen, eğitim hayatına devam eden, dış ortamda yeni arkadaş edinen hastanın olmadığı görülmektedir. Merkeze geliş sayısının 42-1581 arasında değiştiği ve ortalama geliş sayısının 343 olduğu düşünüldüğünde bu oranın dikkat çekici olduğu söylenebilir. Bu bakımdan TRSM'de verilen hizmetlerin kalitesinin artırılması, merkezde yapılan etkinliklerin hastaların ihtiyacına dönük olarak planlanması, olgu yöneticiliğinin daha kapsamlı yapılarak hastaların hastalık belirtileri ile işlevsellik düzeylerinin takip edilmesi, olumlu değişim gözlenmediğinde yeni tedavi planlarının oluşturulması büyük önem arz etmektedir.

Çalışmak toplumsal işlevselliğin önemli bir boyutunu oluşturmakta; hastalık belirtilerinin azalması, benlik saygısı ve toplumsal katılımın artmasını sağlamaktadır (Mueser ve diğ. 1997, Priebe ve diğ. 1998). Ülkemizdeki yüksek işsizlik oranları, damgalama nedeniyle iş yaşamındaki güçlükler, engellilik maaşının çalışma durumunda kesilmesi, korumalı ve destekli iş yerlerinin eksik olması nedeniyle hastaların çalışma yaşamına katılması oldukça zor olmaktadır (Işık ve diğ. 2017). TRSM'ler ülke genelinde yaygın olarak hizmet vermekte olup, merkezlerin hastaların çalışmalarına yönelik nasıl bir katkıda bulunduğu dair bir çalışma bulunmamaktadır. Yaptığımız çalışmada 6 kişinin TRSM'deki E-KPSS kursu ve olgu yöneticiliği hizmetleriyle çalışmaya başladığı saptandı. Aynı zamanda çalışma/egitim hayatına devam etme dışındaki diğer iyileşme ölçütlerin tümünü karşılayanların oranı ise %38 olarak bulundu. Bu durum hastalık belirtileri önemli oranda azalmış, işlevselliği artmış hastaların azımsanmayacak oranda olduğunu göstermektedir. Bu bakımdan TRSM'lerde E-KPSS kurslarının, mesleki iyileştirme faaliyetlerinin yaygınlaştırılması, damgalamanın azaltılması, korumalı ve destekli işyerleriyle ilişki kurulması büyük önem taşımaktadır.

Şizofrenide olgu yönetimi hem hastalık belirtilerinin azaltılmasında hem de toplumsal işlevsellikte önemli rol oynamaktadır (Lieberman 2008). Türkiye’de yapılmış olan bir çalışmada gereksinimi olan 30 hasta ile 2 yıl süren bir olgu yönetimiyle hastalık şiddetinin azaldığı, işlevselliğin ve iş yaşamında yer almanın arttığı gösterilmiştir (İncedere ve Yıldız 2019). TRSM hizmetleri kapsamında hastalığı sebebiyle yaşamını oldukça kısıtlı şekilde yaşayan, tedavi uyumu bozuk bir hastayla yapılan olgu yöneticiliğinde ise toplumsal işlevselliğin, tedavi uyumunun arttığı görülmüş hasta yarı zamanlı çalışmaya başlamıştır (Delice ve diğ. 2014). Olgu yöneticiliğinin yapıldığı bir TRSM’de yapılan çalışmada da hastalık belirtilerinin azaldığı, işlevselliğin arttığı bulunmuştur (Aydın 2016). Çalışmanın yapıldığı Derince TRSM’de de olgu yöneticiliği yapılmakta idi. Hastaların ortalama hastalık şiddetinin hafif düzeyde olduğu, çoğunluğunun (%60) günlük yaşam becerilerinde aileden bağımsız yaşadığı, en az ayda bir kez arkadaşlarıyla görüştüğü (%76) saptandı. Ancak ortalama arkadaş sayısının 3 olduğu ve bu arkadaşların da TRSM hizmetlerinden önce de görüşülen kişiler olduğu bilgisi alındı. Ülkemizde toplumsal işlevselliği belirlemeye dayalı yapılan bir çalışmada bireylerin %68’inin 4 ve üzeri, %22’sinin ise 2-3 arkadaşı olduğu saptanmıştır (Yıldız ve diğ. 2017). Bu çalışmada da görüleceği gibi hastaların ortalama arkadaş sayıları toplum ortalamasından düşüktür. TRSM’lerin toplumsal içermeye dönük daha çok çalışma yapması, hastaların toplumsal katılımlarını arttıracak ve zenginleştirecek olan arkadaşlıkları kurmak için beceri eğitimlerine daha çok yer vermesi gerektiği söylenebilir.

TRSM çalışanlarıyla yapılan nitel bir çalışmada toplum temelli hizmetler ile iyileşme kavramlarının çalışanlar ve yöneticilerce doğru anlaşılmasının çok önemli olduğu aksi halde TRSM’lerin bir “psikoz polikliniği” ya da “iş-uğraş kursu”na dönüşme riskini barındırdığı ifade edilmiştir (Attepe ve Çoban 2018). Bu çalışmada da TRSM kayıtlı yıl sayısı 7 yıla, geliş sayısının ise 1581’e kadar yükseldiği, merkeze kayıtlı yıl ve geliş sayısı ile düşük işlevselliğin ilişkili olduğu saptandı. Benzer şekilde Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezinde 60 şizofreni hastasıyla yapılan bir izlem çalışmasında da program bitimi ile üçüncü yıl puanları arasında iyileşmeye yönelik anlamlı bir fark saptanmadığı bulunmuştur (Arslan ve diğ. 2015). Hastaların iyileşmeye dönük bir değişim olmadan TRSM’ye uzun süre devam etmesinin merkezi gündüz bakımevine benzer bir kuruma dönüştürme riskini doğurduğu düşünülebilir. Bu durum ise TRSM’lerin kuruluş amacı olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri felsefesiyle çelişmektedir (Yılmaz 2012).

İyileşme ölçütünü karşılayanlar 7 (%14) kişi idi. 168 hastayla yapılan kesitsel bir çalışmada da benzer bir (%15) sonuç alınmıştır (Valencia ve diğ. 2015). 50 çalışmanın

incelendiği bir metaanalizde de iyileşme oranı %13,5 olarak bulunmuştur (Jääskeläinen ve diğ. 2013). Diğer çalışmalara bakıldığında oranının %4 ila %27 arasında değiştiği görülmektedir (Novick ve diğ. 2009, San ve diğ. 2007, Robinson ve diğ. 2004, Valencia ve diğ. 2015, Wunderink ve diğ. 2009, Bobes ve diğ. 2009). Harrow ve arkadaşlarının yaptığı 15 yıllık bir izlem çalışmasında en az bir yıl süren ana hastalık belirtilerinde düzelleme, hastane yatışının olmaması, yeterli düzeyde çalışma ve toplumsal işlevsellik gösteren hastaların oranının %41 olduğu bulunmuştur (Harrow ve diğ. 2003). Ülkemizde tek hekim tarafından 5 yıl boyunca takip edilen 70 şizofreni hastasıyla yapılan ve benzer nesnel iyileşme ölçütlerinin kullanıldığı bir çalışmada 25 hastanın (%36) iyileşme ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur (Yıldız 2017). Bu çalışmadaki iyileşme oranının, TRSM'de hastalarla ilgilenen ciddi bir çalışma ekibi ve programı uygulanması karşılığında dikkat çekici olduğu söylenebilir.

Şizofrenide sigara kullanımının yaygın olduğu ve sigara kullanan şizofreni hastalarının psikopatolojilerinin daha ciddi olduğu, umutsuzluk ve dürtüsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (De Leon ve Diyaz 2005, Ekinci 2012). Yaptığımız çalışmada da sigara kullanım oranı %60 idi. TRSM'de yapılan bir çalışmada sigara kullanım oranı %49, diğer bir çalışmada ise %62 olarak bulunmuştur (Aydın 2016, Şahin ve Elboğa 2019). Sigara kullanım oranı yüksek iken alkol ve esrar kullanımı çalışmamızda olduğu gibi diğer çalışmalarla benzer şekilde düşük idi (Aydın 2016, Özdemir ve diğ. 2017, Şahin ve Elboğa 2019). TRSM'de hizmet alan hastalardaki sigara kullanım yaygınlığı göz önünde bulundurularak sigara bağımlılığıyla ilgili desteğin artırılması, bağımlılığa özel çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların en önemli belirtilerinden biri kilo alımıdır (Allison ve diğ. 1999). Azalmış fiziksel aktivite, sağlıksız beslenme ve sigara kullanımı birlikteliğiyle de şizofreni hastalarında metabolik sendrom riski yükselmekte bu da ölüm nedenlerinin başında yer alan kardiyovasküler hastalıklara davetiye çıkarmaktadır (Mitchell ve diğ. 2013). Bu çalışmada hastaların ortalama beden kitle göstergesi 28 (fazla kilolu) idi. TRSM'lerin şizofrenisi olan bireylerin bedensel ve ruhsal ihtiyaçlarının kapsamlı olarak ele alındığı yerler olduğu düşünüldüğünde düzenli beslenme, spor gibi sağlıklı yaşam becerilerinin üzerinde daha çok durulması ve bireyselleştirilmiş tedavi planlarına bu çalışmaların dahil edilmesi önem taşımaktadır.

5.1.Sınırlılıklar

Çalışmamızın sınırlılıkları arasında çalışmaya katılan hasta sayısının az olması, bir merkezin hizmet verdiği bölgeyi kapsamaması, kontrol grubunun olmaması, hastaların merkez hizmetlerini almadan önceki hastalık ve işlevsellik düzeyinin bilinmemesi sayılabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma TRSM'ye devam eden şizofreni hastalarının nesnel iyileşme ölçütlerine göre değerlendirildiği ülkemizdeki ilk çalışmadır. Çalışmada TRSM'lerde tedavi hedeflerinin iyileşme yönelimli olarak ele alınması gerektiği saptandı.

6.2. Öneriler

TRSM'lerde olgu yönetimi güçlendirilmeli, işlevsellik ve hastalık şiddetinde olumlu değişim gözlenmeyen hastaların tedavi planları güncellenmeli, toplumsal içermeye dönük yeni çalışmalar yapılmalı, bedensel sağlığı geliştirmek için sigara bırakma, sağlıklı beslenme ve spor faaliyetleri arttırılmalıdır.

Hastaların bağımsızlaşması ve toplumsal katılımının artması için yarı yol evleri ile destekli ev projelerinin hayata geçirilmesi, mesleki iyileştirim faaliyetlerinin yapılması, damgalamanın azaltılması, korumalı ve destekli işyerlerinin kurulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M ve diğ. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi Derg.* 2009; 46:25-29.
- Allison DB, Mentore JL, Heo M ve diğ. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *Am J Psychiatry*, 1999;156:1686-1696.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. Baskı). American Psychiatric Association, Washington, 2013.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4. Baskı). American Psychiatric Association, Washington, 1994.
- Amering M, Schmolke M. Ruh Sağlığında İyileşme: Bilimsel ve Klinik Sorumlulukların Yeniden Şekillendirilmesi. Wiley-Blackwell Publishing Inc. West Sussex. 2009. Çev.Haldun Soygür, Şizofreni Dernekleri Federasyon, Ankara, 2017.
- Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM ve diğ. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:441–449.
- Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2015; 16(4):238-246.
- Ata EE, Doğan S. The Effect of a Brief Cognitive Behavioural Stress Management Programme on Mental Status, Coping with Stress Attitude and Caregiver Burden While Caring for Schizophrenic Patients. *Archives of Psychiatric Nurs.* 2018; 32:112–11.
- Attepe Özden S, İçağasioğlu Çoban A. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde çalışan profesyonellerin gözünden toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri. *J Psychiatric Nurs.* 2018; 9:186-194.
- Aydın E, Tabo A, Karamustafaloğlu KO ve diğ. Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2014;15: 185-191.
- Aydın E. Vaka yönetiminin şizofreni hastalarının klinik belirtileri, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri. Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 2016.
- Baykara S. 2005 Yılından 2017 Yılına Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nce Türkiye’de İlk Kez Uygulanan Korumalı Ev Projesi. *Journal of Mood Disorders.* 2017; 7:181-184
- Bilge A, Mermer G, Çam MO ve diğ. Türkiye’deki toplum ruh sağlığı merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg.* 2016; 2:1-5.
- Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull.* 2006 ;32(3):432-42.
- Bobes J, Ciudad A, Alvarez E ve diğ. Recovery from schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study of patients in symptomatic remission. *Schizophr Res.* 2009; 115: 58–66.
- Ciudad A, Bobes J, Álvarez E ve diğ. Clinical meaningful outcomes in schizophrenia: remission and recovery. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2011;4(1):53–65.
- Coşkun B. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri. Danacı AE, Böke Ö, Saka MC (Ed) Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Yayınları, Ankara, 2018.
- Davidson GC, Neale JM. Anormal Psikolojisi. John Wiley & Sons Inc. New York. 1998. Çev:İhsan Dağ Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 2004.
- De Leon J, Diaz F. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res.* 2005; 76:135-157.

- Doğan O. Düünden bugüne Türkiye’de sosyal psikiyatri uygulamaları. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2016; 17:136-142.
- Ekinci O, Ekinci E. Türkiye’de Şizofreni Hastalarında Sigara Kullanımının Psikopatolojik, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Derg.* 2012; 25:321-329.
- Emsley R, Chiliza B, Asmal L ve diğ. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2011; 24:114–121.
- Ensari H, Gültekin BK, Karaman D ve diğ. 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.
- Erkoç Ş, Kardeş F, Artvinli F, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Kısa Tarihi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Derg.* 2011; 24:1-12.
- Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC ve diğ. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2018.
- Foucault M. Deliliğin Tarihi. (4. Baskı) Editions Gallimard. Paris. 1972. Çev. Mehmet Ali Kılıçbay İmge Kitabevi Yayınları, Ankara, 2006.
- Gökalp P, Aküzüm ZN. Community Mental Health Services in Turkey: Past and Future. *International Journal Of Mental Health.* 2007;3: 7-14.
- Guy W. Clinical Global Impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Department of Health, Education, and Welfare, Rockville, MD, U.S., 1976, p. 218-221.
- Gül EU, Can DÖ, Kılıçaslan Şahin EH ve diğ. Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2014;16: 15-19.
- Güven FM, Birsöz S. Klozapin ve şizofreni sağaltımındaki yeri. *Klinik Psikiyatri.* 2001;4: 124-128.
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T. ve diğ. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness: methodology, study sample, and overall status 32 years later. *Am J Psychiatry.* 1987; 144:718–726.
- Haro JM, Novick D, Suarez D. ve diğ. Predictors of the course of illness in outpatients with schizophrenia: a prospective three year study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2008; 32:1287–1292.
- Harrow M, Jobe T H. Factors Involved in Outcome and Recovery in Schizophrenia Patients Not on Antipsychotic Medications: A 15-Year Multifollow-Up Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2007; 195(5): 406-414.
- Harrow M, Grossman LS, Jobe TH. ve diğ. Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-years multi-follow-up study. *Schizophr Bull.* 2005; 31:723–734.
- Hopper K, Harrison G, Janca A ve diğ. Recovery from schizophrenia: an international perspective. A Report of the WHO Collaborative Project. The International Study of Schizophrenia. Oxford University Press, Oxford, 2007.
- Işık I, Savaş G, Kılıç N. Şizofreni hastalığına sahip bireylerin çalışma hayatı konusunda yaşadıkları güçlükler. *ACU Sağlık Bil Derg.* 2019; 10(3):399-408.
- İncedere A, Yıldız M. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde olgu yöneticiliği: 24 aylık uygulama sonuçları. *Türk Psikiyatri Derg.* 2019 (Baskıda).
- Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N. ve diğ. A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bull.* 2013; 39(6) ;1296–1306.

- Karow A, Moritz S, Lambert M ve diğ. Remitted but still impaired? Symptomatic versus functional remission in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2012; 27: 401-405.
- Kern RS, Glynn SM, Horan WP ve diğ. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009; 35: 347–361.
- Köklü N, Büyüköztürk Ş, Çokluk Ö. Sosyal bilimler için istatistik. Pegem Akademi, Ankara, 2006.
- Liberman RP. Yeti yetiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC. 2008. Çev. Mustafa Yıldız, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011.
- Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 2002; 14:256–272.
- Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K. Ve diğ. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders-a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2013; 39:306-318.
- Mueser KT, Becker DR, Torrey WC ve diğ. Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: Alongitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis*. 1997; 185(7):419-426.
- Novick D, Haro JM, Suarez D ve diğ. Recovery in the outpatient setting: 36- month results from the Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) study. *Schizophr Res*. 2009; 108: 223–230.
- Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S. ve diğ. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2017; 18:419-427.
- Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2008.
- Priebe S, Warner R, Hubschmid T. Ve diğ. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophr Bull*. 1998; 24(3):469-477.
- Robinson DG, Woerner MG, McMeniman M. ve diğ. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(3): 473–479.
- Rosen K, Garety P. Predicting recovery from schizophrenia: a retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes. *Schizophr Bull*. 2005; 31:735–750.
- San L, Ciudad A, Alvarez E. ve diğ. Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. *Eur Psychiatry*. 2007;22(8):490–498.
- Saruç S, Kaya Kılıç A. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet Derg*. 2015; 26:53-71
- Schennach-Wolff R, Jager M, Seemüller F. ve diğ. Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*. 2009; 113:210–217.
- Shean GD. Recovery from Schizophrenia Etiological Models and Evidence-Based Treatments. Hindawi Publishing Corporation. New York, 2010.
- Shrivastava A, Johnston M, Shah N ve diğ. Redefining outcome measures in schizophrenia: integrating social and clinical parameters. *Curr Opin Psychiatry*. 2010; 23:120–126.
- Spiegel D, Wissler T Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. *Am J Psychiatry*. 1986; 143:56-60.
- Songur C, Saylavcı E, Kıran Ş. Avrupa’da ve Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*. 2017;7: 276-289

- Saunders J. Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues Ment Health Nurs.* 2003; 24:175-198.
- Şahin Ş, Elboğa G. Toplum ruh sağlığı merkezine katılım sıklığının içgörüsü, tedavi uyumu ve işlevselliğe etkisi. *Cukurova Med J.* 2019;44(2):431-438.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Listesi, 2018. (Erişim: 20 Şubat 2019), <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), 2011. (Erişim: 20 Şubat 2019), <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/dosya/1-73168/h/ulusal-ruhsagligi-eylemplani.pdf>.
- T.C.Sağlık Bakanlığı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2014. (Erişim: 20 Şubat 2019), <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4299,toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonergepdf.pdf>.
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi, Erişim: 20 Şubat 2019. http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/teck/pdf/TRSM_rehber.pdf.
- Torgalsbøen AK, Rund BR. Lessons learned from three studies of recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry.* 2002; 14:312–317.
- Üstün G, Küçük L, Buzlu S. Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-yeterlilikleri açısından tanımlanması. *J Psychiatric Nurs.* 2018; 9: 69-79.
- Valencia M, Fresán A, Barak Y ve diğ. Predicting functional remission in patients with schizophrenia: a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning, and clinical outcome. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015 ;10; 11:2339-2348.
- Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry.* 2009, 22: 374–380.
- Wunderink L, Sytema S, Nienhuis FJ ve diğ. Clinical recovery in first episode psychosis. *Schizophr Bull.* 2009; 35: 362–369.
- Yıldız M. Recovery as a process in severe mental illnesses. *Arch Neuropsychiatr.* 2015; 52:1-3.
- Yıldız M, İpçi K, İncedere A. Toplumsal işlevselliğin toplum temelli araştırılması: Koceli'de bir ön çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg.* 2017; (3)3:1-5.
- Yıldız M, Kiras F, İncedere A. ve diğ. Şizofreni hastaları için toplumsal işlevselliği değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2019; 20 (ES 1):29-38.
- Yıldız M. Recovery in schizophrenia: related factors in a group of patients followed up for 5 years in a private practice. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology* 2017; 27: 366-373.
- Yılmaz V. İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler, İstanbul, Karika Matbaacılık, 2012.

ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Tülay KAYMAZ
Doğum yeri ve tarihi: Karayazı – 21.03.1988
Uyruğu: T.C.
Medeni Durumu: Bekar
Çalıştığı Kurum: Karamürsel Devlet Hastanesi
İletişim Adresi ve Telefonu: Karamürsel Devlet Hastanesi, Palyatif Servisi
Karamürsel, Kocaeli
05514570212

2. Eğitimi

Yüksek Lisans: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruhsal Rehabilitasyon AD (2017-2019)
Lisans: Dicle Üniversitesi (2005-2009)
Lise: Karayazı Lisesi (2002-2005)
İlköğretim: Mehmet Akif Ersoy İlköğretim Okulu (1994-2002)
Yabancı dil: İngilizce

3. Unvan:

Psikolog

4. Mesleki Deneyim:

Karamürsel Devlet Hastanesi (2017-hala)
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2011-2017)
Paylaşım Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi (2009-2010)

5. Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar: Türk Psikologlar Derneği

6. Bilimsel Etkinlikler:

Kaymaz T, Yıldız M. Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (TRSM) kuruluşu ve merkezlerde yapılan çalışmaların gözden geçirmesi. s.52, 2. Ruhsal Rehabilitasyon Kongresi, Kocaeli, 2018.

EKLER

EK 1

HASTA BİLGİ FORMU

Hastanın ismi:	Tarih:
Tel no:	
Doğum tarihi:	Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Medeni durum: <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> İlişkisi var <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış /ayrılı / dul	Şu anki çalışma durumu: <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Malulen emekli <input type="checkbox"/> Denetimli çalışıyor Süresi... <input type="checkbox"/> Düzenli çalışıyor Süresi.... <input type="checkbox"/> Öğrenci Süresi... Ders/Sınav Katılımı <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Askerlik durumu: <input type="checkbox"/> Muaf <input type="checkbox"/> Yaptı <input type="checkbox"/> Yarıda bıraktı <input type="checkbox"/> Henüz Yapmadı	Eğitim (başarıyla tamamladığı yıl): Şimdiki Durum:
Yaşam biçimi (kimlerle yaşıyor, bakıcıları): <input type="checkbox"/> Aile <input type="checkbox"/> Eş/Çocuk <input type="checkbox"/> Akraba <input type="checkbox"/> Yalnız <input type="checkbox"/> Arkadaşlarıyla <input type="checkbox"/> Bakım evi	Tanı: <input type="checkbox"/> Şizofreni <input type="checkbox"/> Şizoaffektif boz Hastalığın başlangıç yaşı: Hastalığın süresi (yıl): Toplam hastane yatış sayısı: Son 1 yıldaki yatış ya da alevlenme sayısı:
Ek ruhsal hastalık: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> MDB <input type="checkbox"/> OKB <input type="checkbox"/> Başka Ruh. Hast. BKG:... Özkıyım girişimi (hastalık sonrası): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Tarih(ler)..... Özkıyım girişimi (TRSM sonrası) EKT uygulaması (son 1 yıl): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Tarih(ler)	Günlük sigara tüketimi (son 1 yıl): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var, sayı/gün: Alkol kullanımı (son 1 yıl): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Arada içiyor <input type="checkbox"/> Düzenli içiyor Esrar kullanımı (son 1 yıl): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Arada alıyor <input type="checkbox"/> Düzenli kullanıyor. Diğer madde kullanımı (son 1 yıl): <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Arada kullanıyor <input type="checkbox"/> Düzenli kullanıyorsa nedir:
Başkasına fiziksel şiddet davranışı (hastalık sonrası) (TRSM sonrası) <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Tarih(ler) <input type="checkbox"/> Var Tarih(ler) Adli olay (hastalık sonrası): (TRSM sonrası) <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Tarih(leri) <input type="checkbox"/> Var Tarih(ler)....	Ailede ruhsal hastalık (Sch, ŞAB, Sanrılı boz., İÜB) <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var/kimde.....
Merkeze Kayıt Tarihi:	Arkadaş(lar)la merkez dışında görüşme sıklığı: <input type="checkbox"/> Haftada bir <input type="checkbox"/> Ayda bir <input type="checkbox"/> Üç ayda bir ya da daha az Merkez dışındaki arkadaş sayısı.....
Merkezdeki Etkinliklere Düzenli Katılım Süresi:	
Merkezde düzenli katıldığı faaliyetler ve katılım sıklığı: Poliklinik muayenesi <input type="checkbox"/> Haftada bir <input type="checkbox"/> Ayda bir <input type="checkbox"/> Üç ayda bir ya da daha az Bireysel Danışmanlık <input type="checkbox"/> Haftada bir <input type="checkbox"/> Ayda bir <input type="checkbox"/> Üç ayda bir ya da daha az İş-uğraş Terapisi <input type="checkbox"/> Haftada bir <input type="checkbox"/> Ayda bir <input type="checkbox"/> Üç ayda bir ya da daha az	

Nesnel İyileşme Ölçütleri:

1. KGI-Ş: 3 ve altı
2. Evet Hayır
3. İGD: 61 ve üstü
 Evet Hayır
4. 1 yıldır ayda bir arkadaşlarla görüşme ya da evli olma:
 Evet Hayır
5. Ailesiyle yaşıyor olsa bile, hastanın günlük yaşam etkinlikleri ile öz-bakımda bağımsız olması
 Evet Hayır
6. 1 yıldır yarı zamanlı ya da tam zamanlı bir işte çalışma ya da eğitim hayatına devam etme
 Evet Hayır
7. Son 1 yılda hastane yatışı ya da alevlenme
8. Evet Hayır



EK 2

KLİNİK GENEL İZLENİM – ŞİDDET (KGİ-Ş)

Hastalık Şiddeti

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

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

EK 3

İŞLEVSELLİĞİN GENEL DEĞERLENDİRMESİ (İGD)

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

GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması , çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma)
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışmaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanılardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

PUAN

EK 4

TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TİDÖ)

Adı Soyadı: Tarih: / /

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

1. El-yüz yıkama sıklığınız nedir?

Haftada 1 ya da daha az Haftada 3 – 5 kez Her gün

2. Diş fırçalama sıklığınız nedir?

Haftada 1 ya da daha az 2-3 günde bir Günde en az 1 kez

3. Banyo yapma sıklığınız nedir?

Ayda 1-2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Haftada 3 ya da daha fazla

4. Tırnak kesme sıklığınız nedir?

Ayda 1-2 kez ya da daha az İki haftada bir Haftada 1 kez

5. İç çamaşırı değiştirme sıklığınız nedir?

Haftada 1 ya da daha az 2-3 günde bir Hemen her gün

6. Çorap değiştirme sıklığınız nedir?

Haftada 1 ya da daha az 2-3 günde bir Hemen her gün

7. (Kadınlar için) Cilt bakımı ve makyaj yapma, kaş ve bıyık alma sıklığınız nedir?

Sadece özel günlerde 2- 3 ayda bir Haftada bir

(Erkekler için) Sakal tıraşı olma sıklığınız nedir?

Haftada 1 ya da daha az Haftada 2-3 kez Her gün

8. Birlikte yaşadığınız kişilerle piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?

Hiç 2-3 ayda bir Ayda 1 – 2 kez

9. Birlikte yaşadığınız kişilerle duygu ya da sorunlarınızı paylaşır mısınız?

Hiç paylaşmam Sorulduğunda paylaşırım Genellikle paylaşırım

10. Kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?

Hiç 2-3 ayda bir Ayda birden fazla

11. Akrabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?

Hiç yok 1– 3 kişi 4 ve üzeri

12. Arkadaşlarla birlikte piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinlik yapma sıklığınız nedir?

Hiç yapmam 2- 3 ayda bir Ayda en az 1 kez

13. Spor amaçlı etkinlik (halı saha maçı, tempolu yürüyüş, bisiklete binme, yüzme vb.) yapma sıklığınız nedir?

2-3 ayda bir ya da daha az Ayda 1- 2 kez Haftada en az 1 kez

14. Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?

Ayda 1- 2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Hemen her gün

15. Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?

Ayda 1- 2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Hemen her gün

16. Toplu taşıma araçlarını ya da özel aracınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?

Ayda 1- 2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Hemen her gün

17. İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?

Yapamam Yardımla yaparım Kendim yaparım

18. Gelirimize göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?

Yapamam Yardımla yaparım Kendim yaparım

19. Çalışma durumunuz nedir?

Çalışmıyorum Destekli çalışıyorum Düzenli bir işte çalışıyorum

(Öğrenci ise derslere katılma)

Katılmıyorum Arada katılıyorum Düzenli katılıyorum

(Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)

Yerine getiremiyorum Yardıma ihtiyaç duyuyorum Kendim yerine getiriyorum

EK 5

ETİK KURUL ONAYI



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmanın Adı	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne En Az 2 Yıldır Devam Eden Şizofreni Hastalarının Nesnel İyileşme Ölçütlerine Göre Değerlendirilmesi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2019/29			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Prof. Dr. Mustafa YILDIZ			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Psikiyatri			
	Araştırma Merkezi	SBÜ Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi			
	Destekleyici				
	Araştırmanın Türü	Yüksek Lisans Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input checked="" type="checkbox"/>	Uluslararası <input type="checkbox"/>

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmanın Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2019/02.19 Proje No: 2019/29 Tarih: 23/02/2019
	Prof. Dr. Mustafa YILDIZ sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan, <input type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input checked="" type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Gerekçe ve öneriler: *Toplum Ruhu Sivilite Meccelerinden araştırmanın yürütülmesi için uygunluk kararı alınması amacıyla*

EK 6

TRSM UYGUNLUK ONAYI



T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KOCAELİ İL
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



00087987019

Sayı : 34059705-799
Konu : Yüksek Lisans Tezi-Tülay
KAYMAZ

S.B.Ü.KOCAELİ SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ DERİNCE EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalında Ruhsal Rehabilitasyon bölümünde Yüksek Lisans Öğrencisi olan Tülay KAYMAZ'ın 14.02.2019 tarih ve 1579 sayılı başvurusuna istinaden "Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne En Az İki Yıldır Devam Eden Şizofreni Hastalarının Nesnel İyileşme Ölçütlerine Göre Değerlendirilmesi" konulu Yüksek Lisans Tez çalışması Müdürlüğümüz komisyonu tarafından değerlendirilerek Hastaneniz Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Onursal VARLIKLI
İl Sağlık Müdürü a.
Sağ. Hiz. / İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanı

Karadenizliler Mah. Elmatepe Cad. No:57 İzmit/KOCAELİ

Bilgi için: Kader BOZKUŞ

Telefon: 0262 300 60 00 Faks No:

MEMUR

e-Posta: kader.bozkus@saglik.gov.tr İnternet Adresi: kism.egitim@gmail.com

Telefon No: 02623192014

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f5e3028d-cc1b-4092-87ac-ac21bfce272e kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Tez Denetleme Listesi

- Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.
- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIğI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı (Kapak sayfasına danışman adı yazılmamalıdır).
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN (Anabilim dalının değil) adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazının yönüne dikkat!) adı yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı, (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIğI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalatıldı (Enstitü Müdürü'nn imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı
- n sayfalara i, iii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak biçimde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

30.10/2020

Prof. Dr. Mustafa YILDIZ