

T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CİDDİ RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE OLGU  
DANIŞMANLIĞININ SONUÇLARI: BİR PİLOT  
UYGULAMA**

Aysel İNCEDERE

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

KOCAELİ

2019



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**CİDDİ RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE OLGU  
DANIŞMANLIĞININ SONUÇLARI: BİR PİLOT  
UYGULAMA**

Aysel İNCEDERE

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 2016/19.4

Proje Nu: 2016/298

KOÜ BAP Proje No: 2017/21/HD

KOCAELİ

2019

**KABUL VE ONAY**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

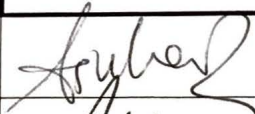

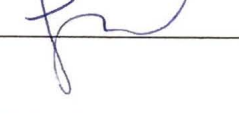
**Tez Adı:**Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Olgu Danışmanlığının Sonuçları: Bir Pilot Uygulama

**Tez yazarı:**Aysel İncedere

**Tez savunma tarihi:**30.05.2019

**Tez Danışmanı:** Prof. Dr. Mustafa Yıldız

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Ruhsal Rehabiltasyon Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Aznelan Berat	
ÜYE(DANIŞMAN)	Mustafa Yıldız	
ÜYE	Gül Ünal Barlas	
ÜYE		
ÜYE		

**Onay**

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... /... /2019

Prof. Dr. Sema Aşkın KEÇELİ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## ÖZET

### **Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Olgu Danışmanlığının Sonuçları: Bir Pilot Uygulama**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı ciddi ruhsal hastalığı (CRH) olan bireyler için olgu danışmanlığı uygulaması yapmak ve bu uygulamanın 24 aylık sonuçlarını değerlendirmektir.

**Yöntem:** Çalışmaya şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı alan, son bir yılda en az bir alevlenme yaşayan, tedavi uyumu bozuk olan, bir işte çalışmayan, bağımsız yaşayamayan ve çalışmaya katılmaya onay veren 34 hasta alındı. Olgu danışmanlığı bir profesyonel tarafından hastaların gereksinimine göre ayarlanan aralıklarla evde, dernekte, hastanede ve iş yerinde hastalarla, aile üyeleriyle ve işverenlerle görüşmeler yapılarak yürütüldü. Hastalar başlangıçta, 6. ay, 12. ay ve 24. ayda işlevsellik, klinik şiddet ve tedaviye uyum, aileler yük açısından değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışma 24 ayda 30 hasta ile tamamlandı. Hastaların yaş ortalaması 36, ortalama eğitim süresi 11 yıl, ortalama hastalık süresi 13 yıldır. Çoğu erkek, bekâr ve anne-babası ile birlikte yaşamaktaydı. Takip sürecinde tüm hastalar önerilen iyileştirim programlarına katıldı, tedaviye uyumları, işlevsellikleri anlamlı düzeyde arttı. Hastane yatış sayısında önceki 24 ayla karşılaştırıldığında belirgin azalma oldu. Ailelerin yüklerinde azalma saptandı. Takip süresince 10 hasta işe başladı, bunların 3'ü işi bıraktı.

**Sonuç:** Klinik iyileşmede, toplumsal ve mesleki işlevselliğin artmasında, hastane yatışının azalmasında etkili olduğu görülen olgu danışmanlığı uygulamasının CRH'si olan bireylerin iyileştirim çalışmalarında rutin olarak yer alması gerektiği söylenebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Ciddi ruhsal hastalık, olgu danışmanlığı, işlevsellik, hastane yatışı

## ABSTRACT

### **Results of Case Management in Individuals with Severe Mental Illness: A Pilot Practice**

**Objective:** The aim of this study is to conduct a case management model on a group of individuals with severe mental illness (SMI) and to evaluate the outcomes during a 24-month follow up.

**Method:** A total of 34 patients diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorder with at least one exacerbation over the last year, poor treatment compliance, who were unemployed and unable to live independently and who gave consent to participate were included to the study. Case management was conducted by a medical Professional in the house, schizophrenia association, hospital, and workplace of the patients by interviewing the patients, family members, and the employers of the patients, at intervals arranged according to the need of each patient. Patients were assessed at baseline stage, the sixth, 12th and the 24th month regarding functionality, clinical condition, treatment compliance and family burden.

**Results:** The study was completed in 24 months with 30 patients with a mean age was 36, mean education level of 11 years, and a mean illness duration of 13 years. The majority consisted of unmarried males living with their parents. During the follow up, every patient participated in the recommended rehabilitation programs with, improvement in treatment adherence and functionality. A significant decrement was detected in the number of hospitalizations when compared to the history before the start of the study. Family burden decreased. Ten patients got employed and 3 patients left work.

**Conclusion:** It can be concluded that case management hypothesized to be beneficial for people with SMI with positive outcomes on clinical recovery, improved social and vocational functionality and reduced incidences of hospital stay should be included as a routine psychosocial rehabilitation service.

**Keywords:** Severe mental illness, case management, functioning, hospitalization

## TEŞEKKÜR

Ruhsal Rehabilitasyon yüksek lisans programının aıldığı gnden bu yana iyi bir eğitim alabilmemiz için alıŐan, bilgi ve tecrbeleriyle geliŐimimize destek olan tez danıŐmanım Sayın Prof. Dr. Mustafa YILDIZ baŐta olmak üzere eğitim sürecimizde emeği geçen kıymetli hocalarıma,

Çalışma süresince desteğini esirgemeyen değerli arkadaŐlarım Arş. Gör. Fatma Betül Abut, Psikolog AyŐe Kırçalı'ya, Uzm. Dr. Fatma Kiras, Dr. Mehmet Buğrahan Gülcan ve Dr. Duygu Esen'e,

Çalışma süresince desteğini esirgemeyen değerli arkadaŐlarım Cansın Kara, Mehtap Güngör ağlar, Zeliha Türkmen ve EŐe Uras'a

Hayatı birlikte paylaŐmaktan mutluluk duyduğum eŐim Olgu İncedere'ye,

Tez çalıŐmamda araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalarıma ve kurum çalıŐanlarına teŐekkürü bir borç bilirim.

\*Bu tez projesi Kocaeli Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından desteklenmiŐtir (Proje Destek Nu: 2017/21/HD)

## 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.

30.05.2019

Aysel İNCEDERE





## İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ÇİZİMLER DİZİNİ	x
ÇİZELGELER DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Olgu Danışmalığı	3
1.2. Olgu Danışmanının Yetkinliği	5
1.3. Olgu Danışmalığı Modelleri	6
1.4. Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	8
1.4.1. Ruh Sağlığı Dispanserleri	8
1.4.2. Gündüz Hastaneleri	9
1.4.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri	9
2. AMAÇ	11
3. YÖNTEM	12
3.1. Araştırmanın Tipi	12
3.2. Araştırma Yerinin Seçimi	12
3.3. Araştırma Evren ve Örneklemi	12
3.4. Araştırmada Kullanılan Terim, Sınıflandırma, Yöntem ve Ölçütlerin Açıklanması	12
3.5. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması	13
3.6. Alman Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası	14
3.7. Veri Çözümlemesi ve Kullanılan İstatistiksel Testlerin Tanımlanması	14
3.8. Uygulanan olgu danışmanlığı modeli	14
4. BULGULAR	17
4.1. Hastaların Nüfus ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular	17
4.2. 24 Aylık Sürede Verilen Hizmetlere İlişkin Bulgular	18
4.3. Klinik Değerlendirmelere İlişkin Bulgular	19
4.4. Toplumsal İşlevsellik Verilerine İlişkin Bulgular	19
4.5. Tedaviye Uyum Verilerine İlişkin Bulgular	20
5. TARTIŞMA	21
5.1. Sınırlılıklar	23
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	25
6.1. Sonuçlar	25
6.2. Öneriler	25
KAYNAKLAR DİZİNİ	26
ÖZGEÇMİŞ	30
EKLER	32

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- APA: Amerikan Psikoloji Birliği  
CRH: Ciddi Ruhsal Hastalık  
DSM: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı  
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü  
İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi  
KGI-Ş: Klinik Genel İzlenim Şiddet  
KOÜ: Kocaeli Üniversitesi  
TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği  
TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri  
TUD: Tedaviye Uyumu Değerlendirme  
ZBYÖ: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

## ÇİZİMLER DİZİNİ

Çizim 1.1. Olgu Danışmanlığı Hizmetleri.....	4
Çizim 1.2. Olgu Danışmanının Yetkinlikleri.....	5
Çizim 4.1. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının 24 Aylık İzlemede Değişimi.....	20



## ÇİZELGELER DİZİNİ

<b>Çizelge 3.1.</b> Olgu Danışmanlığı Hizmeti Sunan Olgu Danışmanının Özellikleri.....	16
<b>Çizelge 4.1.</b> Çalışmaya Katılan Hastaların Uygulama Başlangıcındaki Nüfus Özellikleri.	17
<b>Çizelge 4.2.</b> Çalışmayı Tamamlayan Hastalara 24 Aylık Sürede Verilen Hizmetler.....	18
<b>Çizelge 4.3.</b> Uygulanan Ölçeklerin İlk, 6. Ay, 12. Ay ve 24. Aydaki Takip Puanları.....	19
<b>Çizelge 4.4.</b> Takip Öncesi ve Sonrası İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirmesi.....	20



## 1. GİRİŞ

Şizofreni, toplumun yaklaşık %0.4'ünü etkileyen, erken yaşlarda (genellikle 15-25 arasında) başlayan, bütün toplumsal katmanlarda görülen, yinelemelerle seyreden, yaşam boyu devam eden, kişiler arası ve mesleki işlevselliği bozarak yetiyitimine yol açan ağır bir ruhsal bozukluktur. Yetiyitimi ve üretkenlik kaybı, beklenen yaşam süresinde kısalma, önemli oranda hastane yatağının işgal edilmesi, yüksek maliyet ve yüksek intihar oranları nedeniyle en önemli ruh sağlığı sorunlarından birisidir (Saha ve diğ. 2005, McKenna 2007). Geçmişte ve günümüzde, toplumun ruhsal hastalıkları olan kişilere yönelik olumsuz tutumlarından en fazla etkilenen hasta kesimi hiç kuşkusuz şizofreni hastalarıdır. Daha önceki dönemlerde şizofreni hastaları toplumdan uzakta, yeterli bakım ve tedavi hizmeti sunulmasına olanak sağlayamayan, hijyen koşullarının iyi olmadığı ve hasta haklarının ihlal edildiği depo hastanelerine kapatılmışlar. Depo hastaneleri hastalığının süregelenleştiği ve ömür boyu kaldığı kurumlar haline gelmiştir. Bu şekilde şizofreni hastaları toplum tarafından günlük yaşamdan dışlanmışlardır. Ancak 1950'li yıllarda klorpromazinin kullanılmaya başlanmasıyla birlikte yıllardan beri iyileşemez olarak kabul gören şizofreni hastaları ruh sağlığı hastanelerinden taburcu edilmeye başlanmış ve bu kişilerin depo hastanelerinin dışında sağaltımı ve hastanın yaşadığı yerde kabul görmesi görüşü gittikçe önem kazanmıştır (Taşkın 2007).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra Batı Avrupa'da ruh sağlığı hizmetleri kavramsal ve yapısal olarak ciddi dönüşümler yaşamıştır. En önemli dönüşüm hastaların toplum içerisinde tedavi edilmesi görüşünün ortaya çıkması ile büyük psikiyatri hastanelerinin kapatılmasıdır. 1960'lı yıllardan itibaren hastanede uzun süre kalmanın yetiyitimini hızlandırdığının fark edilmesi, ilaç ve diğer tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, hasta ve hasta haklarına bakış açısında yaşanan değişimler sonucunda çoğu ülkede kurum dışılaştırma (deinstitutionalization) olarak adlandırılan, büyük hastanelerin kapatılma süreci ile başlayan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri dünyanın birçok yerinde hızla hayata geçirilmeye başlamıştır (Alataş ve diğ. 2009).

Toplum temelli model, tedavi ve bakım hizmetlerinin geleneksel hastaneler yerine hastanın kendi yaşadığı çevrede sağlandığı modeldir. Bu modelin ana hedefi ruh sağlığı hastalarının hastaneye yatışının önlenmesi ve hastaların minimum destekle başkalarına ihtiyaç duymadan yaşayabilecek seviyeye gelmesinin sağlanmasıdır.

Bu amaçla Gündüz Hastaneleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, genel hastaneler içindeki psikiyatri servisleri ve yatakları, bakım kurumları, korumalı işyerleri, koruyucu evler gibi kurumlar toplum temelli model çerçevesinde hastane tedavisine alternatif olarak hizmet sunmaya başlamıştır (Yanık 2007).

Toplum temelli hizmetlere geçiş sürecinde, şizofreni hastaları, çok iyi planlanmamış bir süreç dahilinde uzun süredir kaldıkları kurumlardan ayrılarak toplum içinde yaşamaya başladılar (Botha ve diğ. 2010). Şizofrenisi olan bireyler, toplum içinde yaşamaya başlamalarıyla birlikte gündelik yaşam zorlukları ile karşı karşıya kalmaya başlamış, bunun yanı sıra toplumun ayrımcı ve damgalayıcı davranışları ile baş etmek durumunda kalmışlardır. Hastalar tedavilerini sürdürmekte zorlanmış, basit insani ihtiyaçlarını bile karşılayamamıştır. Bu süreç aileleri zorunlu bakım verici rolüne geçmek durumunda bırakmıştır. Şizofrenisi olan bireylerin önemli bir kısmının taburcu olduktan sonra bir yıl içinde tekrar hastane yatışının olduğu, kişisel haklarını aramadıkları ve toplum temelli hizmetlere yeterince ulaşamadıkları görülmüştür (Kreyenbuhl ve diğ. 2009, Priebe ve diğ. 2008). Aynı zamanda taburculuk sonrası tedavinin devamının yeterince sağlanamaması hastaların şiddet davranışı oranlarında artış olmasına ve sokaklarda yaşamasına neden olmuş ve akıl hastanelerinden hapisanelere ya da kimsesizler misafirhanelerine transfer edilmeleri gibi olumsuz sonuçlar doğurmuştur (Botha ve diğ. 2010).

Kurumdışlaştırma sürecindeki sorunlar nedeniyle hastaların kurumlar ile bağlantısını sürdürmek, hastane yatışlarını azaltmak, hastanede kalış sürelerini kısaltmak, toplumsal işlevselliklerini artırmak ve hastalar ile bakım verenlerinin yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sürdürülmesine yönelik "Toplumsal Destek Sistemleri" başlıklı bir bildiri yayınlanmıştır. Bu bildiri de toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sürdürülmesi ve yürütülen hizmetlerin karmaşıklığının ortadan kaldırılması için birtakım tavsiyelerde bulunulmuştur (Killaspy 2009). Şizofreni hastalığı olan bireylerde inatçı belirtilerin devam etmesi, sık hastane yatışlarının olması, işlevselliğin eski düzeyine dönmemesi gibi nedenlerden dolayı birden çok tedavi yönteminin birlikte uygulanması gerekli olduğu görülmüştür (Klinberg ve diğ. 2003, Liberman 2008).

Bildiri ile birlikte toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanması amacıyla psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve uğraşı terapistlerinin yer aldığı ekipler oluşturulmuştur. Toplum ruh sağlığı ekipleri (community mental health teams), kriz çözüm ekipleri (crisis resolution teams), girişken sosyal yardım ekipleri

(assertive outreach teams), toplum iyileştirim ekipleri (community rehabilitation teams), psikoz erken müdahale ekipleri (psychosis early intervention teams) ve gündüz hastaneleri oluşturulmuştur (Killaspy 2007).

Dünyanın birçok yerinde toplum temelli modeller ülkelerin sağlık politikalarına göre farklılık gösterse de bu hizmetlerde temel amaç şizofrenisi olan bireylerin tedavilerinin devam etmesini sağlamaktır. Toplum temelli hizmet modellerindeki ana işleyiş, kalite ve maliyet verimliliğini artırarak mevcut kaynaklar aracılığıyla hastaların ve ailelerin sağlık ihtiyaçlarını belirlemek, değerlendirmek, bunların karşılanmasını ve bakımın devamlılığını sağlamaktır (Gaebel ve diğ. 2012). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ekipleri, hastaların tedavi ve iyileştirim hizmetlerine erişilmesini, hizmetlerin kapsamlı ve sürekliliğini, kişiye özgü planlama yapılmasını sağlamak için *olgu danışmanlığı modelini* temel almıştır (Lieberman 2008).

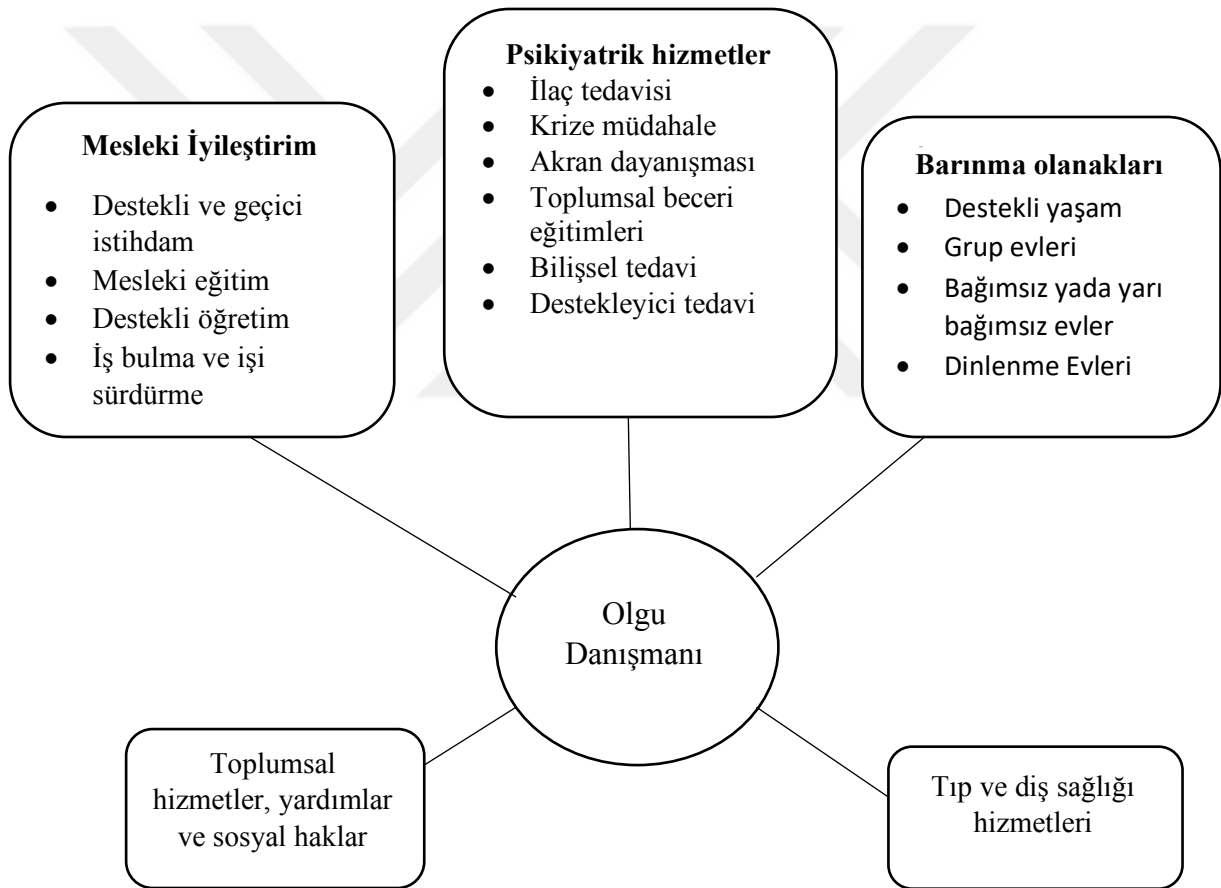
### **1.1. Olgu Danışmanlığı**

Yetitimine neden olan çeşitli ruhsal sorunları bulunan bireyler ihtiyaçları ile uyumlu, yaşam kalitesi ve toplumsal işlevselliği artıracak kapsamlı ruh sağlığı hizmetlerine gereksinin duymaktadır. Olgu danışmanlığında bireylerin bu gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik kişisel hedeflerin belirlenmesi ve kapsamlı ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi amaçlanır.

Olgu danışmanlığı hizmetleri bazı ilkeler kapsamında yürütülmektedir. Olgu danışmanlığı ilkeleri kapsamında hizmetler erişilebilir, sürekli, kapsamlı, eşgüdümlü, esnek, işbirlikçi, savunucu, kişiye uyarlanmış, sorumlu olmalıdır. *Erişebilirlik* için hastaların hizmetlere ulaşımında aşırı gecikmeler yaşamaması ve aşılamaz bariyerler ile karşılaşmaması gereklidir. İhtiyaç duyduğunda olgu danışmanına ulaşabilmesi için gerekli bilgiler hastaya verilmelidir. Olgu danışmanının diğer önemli bir işlevi de erişebilirlik ve *esneklik* ilkeleri ile uyumlu bir etkinlik olan krize müdahaledir. Olgu danışmanı 7 gün 24 saat ulaşılabilir olmalı ve kriz anında yapılması gerekenler hakkında hasta ve aileyi bilgilendirmelidir. Aynı zamanda hizmetler sadece belli bir merkezden değil hastanın tüm toplumsal ortamlarında hizmet verebilmeyi sağlayacak şekilde planlamalıdır. *Süreklilik* ve *işbirliği* ilkeleri çerçevesinde kurumlar ya da tedavi ekipleri ile ortaklaşa çalışılmalıdır. *Kapsamlılık* ilkesi hastanın ihtiyaçlarının tüm yönleri ile ele alınmasıdır. Olgu danışmanının yeterlilik alanına girmeyen bir sorun varsa ilgili kurum veya kişiler ile işbirliği kurularak hastanın ihtiyaçları karşılanmaya çalışılır. *Uyarlanmış* hizmetler kapsamında olgu

danışmanı kişiyi merkeze alır ve her hastanın biricikliği temelinde hareket eder. Hastalar tedavi ekibinin üyeleri olarak sürece etkili biçimde katılmak, hastalıkları hakkında bilgi edinmek, sorular sormak, cevap almak ve tedavi planlarının seçilmesi ve uygulanması için fikirleri ve tercihleri ile katkıda bulunmak için teşvik edilmelidirler. Olgu danışmanı bilgili hastalar yaratmaktan *sorumludur*. Hastaların ihtiyaç duyduğu bir hizmeti, yardımı ya da yurttaşlık hakkını elde edebilmesi ve yasal bir sorunla etkili başedebilmesi için olgu danışmanları *savunuculuk* ilkesi çerçevesinde hizmet eder (Lieberman 2008).

Olgu danışmanı tüm bu ilkeler kapsamında Çizim 1.1.'de gösterilen beş halkalı bir hizmetin ortasında yer alarak hizmetlerin sürdürülmesini sağlar. Lieberman (2008)'den alınmıştır.

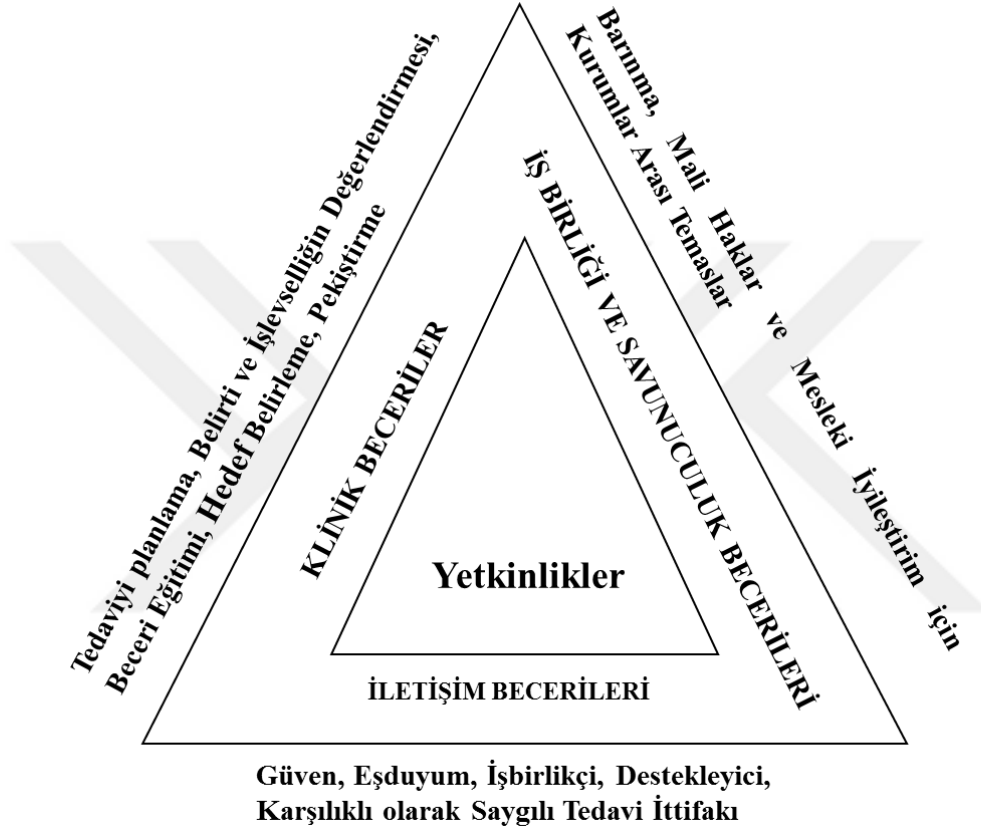


**Çizim 1.1.** Olgu Danışmanlığı Hizmetleri



## 1.2. Olgu Danışmanının Yetkinliği

Sosyal çalışmacı, hemşire, psikolog, psikolojik danışman, iş-uğraş terapisti ve psikiyatristler olgu danışmanlığı rolünü üstlenebilirler. Bu kişilerin Çizim 1.2.'de gösterilen yetkinliklere sahip olmaları gerekmektedir. Liberman (2008)'den alınmıştır.



### Çizim 1.2. Olgu Danışmanın Yetkinlikleri

Hastalar ve aileler ile güven ilişkisine dayanan, işbirlikçi, destekleyici ve karşılıklı saygı çerçevesinde kurulan ilişki hizmetlerin devamlılığında kilit rol oynamaktadır. Olgu danışmanı klinik beceriler çerçevesinde tedaviyi planlama, hastalık belirtilerini saptama, toplumsal işlevselliği değerlendirme, toplumsal beceri eğitimleri verebilme, hastaların klinik durumlarına göre gerçekçi hedefler belirleme hastalık yönetiminde önemli bir alandır. Hizmetlerin kapsamlı yürütülmesi için de olgu danışmanı işbirliği ve savunuculuk becerilerinde gelişmiş olması gerekmektedir. Engelliler ile ilgili yasal konular, sivil toplum merkezleri ve yerel yönetimler ile işbirliği, iyileştirim hizmetlerinin yürütülmesinde işbirliğine geçilebilecek kurumlar ile temasa geçilmesi ve hastaların haklarının savunulması da olgu danışmanının yetkinlik alanları içindedir (Liberman 2008).

### 1.3. Olgu Danışmanlığı Modelleri

Bireylerin değişen ihtiyaçları, beklentileri ve karşılaşılan güçlükler zaman içinde pek çok olgu yönetimi modelinin gelişmesine yol açmıştır. Hastaları hizmetlere yönlendiren koordinatörlüklerle başlayan olgu danışmanlığı uygulamaları zaman içinde girişken erişim müdahalelerinin yapıldığı daha yoğun tedavi modellerine yönelmiştir (Burns 2008). Olgu danışmanlığı modellerinin sınıflandırılması genellikle hasta ile temas sıklığına, erişilebilirliğe, hasta personel oranına, hizmetlerin çeşitliliğine, hizmetin sunulmuş şekline ve olgu danışmanının yetkinliklerine göre yapılmaktadır (Lieberman 2008).

Olgu danışmanlığı genelde üç çekirdek model altında sınıflanır. Bu sınıflama standart olgu danışmanlığı (aracılık ve klinik olgu danışmanlığı), rehabilitasyon yönelimli olgu danışmanlığı (güçlü yanlar ve rehabilitasyon olgu danışmanlığı) ve yoğun olgu yönetimi (yerinde girişken tedavi ve yoğun olgu danışmanlığı) şeklindedir (Guarino 2011). Tüm bu modellerin ortak paydası, tedavi ve bakımın devamlılığı ve toplumsal hizmetlere ulaşımın sağlanmasıdır (Orwin ve diğ. 1994).

*Aracı olgu danışmanlığı (Broker Case Management):* Olgu danışmanlığı modellerinin ilkidir. Bu modelde olgu danışmanı ihtiyaçları tespit eder, değerlendirir ve hastayı mevcut olan farklı toplum temelli hizmetlere yönlendirir. Tespit edilen ihtiyaçları karşılar, tedavi sonuçlarını izlemeyi ve değerlendirmeyi sürdürür. Hastaların iyileşmek için ihtiyaç duydukları hizmetler sağlık sisteminde var olmakla birlikte, bu hizmetleri bulmakta zorluk çeken hastalar için olgu danışmanı hizmetler ile hasta arasında köprü görevi görür. Bu modelde olgu danışmanının ruh sağlığı alanında uzman olma zorunluluğunun bulunmaması, hastanın klinik ihtiyaçlarına cevap vermemesi, sadece ofisten hizmet vermesi ve çok sayıda hasta (50'den fazla) ile çalışması modelin başarılı olmasını zorlaştıran etmenler olarak değerlendirilmektedir (Holloway ve Carson 2001).

*Klinik olgu danışmanlığı (Clinical Case Management):* Aracı olgu danışmanlığı modelinin kısıtlılığını ortadan kaldırmak için geliştirilen bir modeldir. Klinik olgu danışmanlığı tedavi sunumunda aktif olarak yer alır. Hastayı değerlendirme, ihtiyaçlarına göre planlama yapma, toplumsal kaynaklar ile bağlantı kurma, tedaviyi izleme, savunuculuk yapma ve aile veya bakım vericilerle işbirliği yapma temel işlevleri arasındadır. Hastanın işlevselliğini artırmaya yönelik psikoterapi, sosyal beceri eğitimi, ruhsal eğitim ve krize müdahale gibi doğrudan yapılan çalışmaları içermektedir. Bu modelde, klinik tedavi rolünü yerine getirebilmek için uzman ruh sağlığı çalışanları (sosyal çalışmacı, hemşire, psikolog,

psikiyatrist) görev alır (Kanter 1989). Yapılan çalışmalarda sadece ofiste ya da kliniklerde ve 20-30 hastaya hizmet vermesi nedeniyle klinik olgu danışmanlığı modeli yerinde girişken tedavi modellerine göre başarısının sınırlı kaldığı ve daha ağır hastalarda çok etkili olmadığı görülmüştür (Ziguras ve Stuart 2000).

*Güçlü yanlar olgu danışmanlığı (Strengths-Based Case Management):* Hastaların güçlü yanlarına odaklanır, zayıflıklar ve zorluklar yerine ilgi, yetenek ve yetkinlikler üzerine çalışır. Müdahalelerin hastanın isteği temelinde yapılması gerektiğini vurgulayan, toplumu engel değil kaynak olarak gören, hastaları ofiste değil toplum içinde değerlendirmeyi önceleyen ve CRH'si olan bireylerin de değişime ve gelişmeye devam edebileceğini ilke edinen bir modeldir. Uzman ruh sağlığı çalışanları (sosyal çalışmacı, hemşire, psikolog, psikiyatrist) tarafından yürütülmekte ve ofiste, toplum içinde ya da kliniklerde 20-30 arasında hastaya hizmet vermektedir (Rapp 1993).

*Rehabilitasyon yönelimli olgu danışmanlığı (Rehabilitation Case Management):* Güçlü yanlar modeline benzer bir şekilde sağlık sisteminde tanımlanan hedefler yerine hastanın bireysel istekleri ve hedeflerini temel alır. Diğer modelden farklı olarak kişisel hedeflere ulaşmanın yanı sıra kişinin toplumsal işlevselliğini artırarak toplum içinde daha etkin bir rol almasına çalışır. Burada olgu danışmanının amacı hastayı bağımsız yaşamaya teşvik etmektir. Rehabilitasyon yönelimli olgu danışmanlığı modeli genellikle toplum ruh sağlığı merkezlerinde uygulanmakta, uzman ruh sağlığı çalışanları (sosyal çalışmacı, hemşire, psikolog, psikiyatrist) tarafından yürütülmekte ve 20-30 arasında hastaya hizmet vermektedir (Anthony ve diğ. 1993).

*Yerinde girişken tedavi (Assertive Community Treatment):* Bireylerin tedavi ve bakım ihtiyaçlarını karşılamayı hedefleyen, birbirinden bağımsız ve çeşitli hizmet sağlayıcılarının bir araya gelerek ekip halinde hizmet verdiği bir modeldir (Stein ve Test 1980). Hemşire, uğraş terapisti, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve psikiyatrist de dâhil olmak üzere farklı alanlardan gelen bir takımla çalışır. Kurumda yapılması gereken tüm tedaviler hastanın evinde ya da toplum içinde belirlenen alanlarda, zaman sınırlaması olmadan ve personel başına yaklaşık 10 hasta düşecek şekilde yürütülür. Bu model günlük yaşam aktiviteleri, belirti kontrolü, ilaç tedavisi konusunda eğitim, terapötik destek, aile eğitimi, 24 saat koruma ve sınırsız tedavi süresini içerir. Ekip, hastaların tedavisinin tüm sorumluluğunu üstlenir (Hoult 1990). Yerinde girişken tedavi modeli özellikle evsiz, toplumsal desteği düşük olan, belirtileri ağır seyreden, sık yinelemeleri olan ve alkol madde kullanım bozukluğunun eşlik ettiği hastaların ihtiyaç duyduğu servislerden yararlanmasını sağlama, toplumsal işlevselliği

artırma ve hastaneye yatış oranlarını azaltma açısından diğer yöntemlere göre maliyet etkinliği yüksek bir modeldir (Lieberman 2008, Bond ve Drake 2015).

*Yoğun olgu danışmanlığı (Intensive Case Management)*: Tedaviye uyumu bozuk, hastane yatışı sık olan ve toplumsal işlevsellik düzeyi düşük hastalara yönelik bir modeldir. Bu modelde de uygulamalar hastanın evinde ya da toplum içinde, zaman sınırlaması olmadan ve personel başına 10 hasta düşecek şekilde yürütülür. Yoğun olgu danışmanlığı ile yerinde girişken tedavi arasındaki tek fark, ekip çalışması yerine bireysel çalışmalar yapmasıdır. Yoğun olgu danışmanının kişisel sorumluluğunun daha fazla olması tükenmişlik yaşama riskini yükseltmektedir (Solomon ve Meyerson 2003).

Olgu danışmanlığı etkinliği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (Issakidis ve diğ. 1999, Burns ve diğ. 2001, Burns ve diğ. 1999, UK700 Group 1999, Mueser ve diğ. 1998). Olgu danışmanlığı uygulaması sonucunda hastane yatışlarının azaldığı, toplumsal işlevselliğin arttığı, belirti şiddetinin azaldığı ve hasta ve bakım vericilerin yaşam kalitesinin arttığı gösterilmiştir (Solomon 1992, Chamberlin ve Rapp 1991, Marshall ve diğ. 1996, Martin ve diğ. 2005). Hastaların klinik durumu, olgu danışmanının özellikleri ve uzmanlık alanı, hasta-personel oranları ve sağlık sistemi politikaları olgu danışmanlığı etkinliğini etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır (Ivezić ve diğ. 2010).

#### **1.4. Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Türkiye’deki toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ruh sağlığı dispanserleri, gündüz hastaneleri, toplum ruh sağlığı merkezleri üzerinden gözden geçirilecektir.

##### **1.4.1. Ruh Sağlığı Dispanserleri**

1960’lı yıllarda genel sağlık hizmetlerine hakim olan sosyal devlet yaklaşımıyla Dr. Nejat Candan ve Dr. Faruk Bayülkem’in öncülüğünde İstanbul’da yedi (Aksaray, Kocamustafapaşa, Kasımpaşa, Eyüp, Üsküdar, Sağmalcılar, Beşiktaş) ve Ankara’da bir (Yenişehir) ruh sağlığı dispanseri kurulmuştur. Dispanserler hastalara hastane dışında tedavi ve uyumlandırma hizmetleri vermiş, sağlıklı kişilerle de koruyucu ruh sağlığı çalışmaları yürütmüştür. Aile toplantıları, ev ziyaretleri, sağlık ocaklarıyla ortak çalışmalar ve uğraşı etkinlikleri gerçekleştirilmiştir. Ev ziyaretleri hastanın yaşadığı çevre, aile ilişkileri, dispansere gelmeme nedenlerinin belirlenmesi, atak belirtilerini erken fark etme ve tedaviye uyumu artırma gibi yararlar sağlamıştır. Sağlık ocaklarıyla ortak çalışmada hekimler eğitilmiş, süregelen ruhsal bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumları artırılmaya ve

hastaneye yatışları azaltılmaya çalışılmış, hekimlere supervizyon verilmiştir. Bu çalışmaların sonucunda hastaneye yatış oranları azalmış; aileler hastalığın doğası hakkında bilgi sahibi olduklarını ve hastalarına daha gerçekçi davranmaya başladıklarını belirtmişlerdir. Bunların dışında gençler ve yaşlılar gibi risk gruplarıyla ilgili eğitim çalışmaları ve araştırmalar da yürütülmüştür (Doğan 2016).

#### **1.4.2. Gündüz Hastaneleri**

Ülkemizde depo hastanelerinde yatan hastalara yönelik başlayan iş-uğraş etkinlikleri zaman içinde ayaktan tedavi hizmetleri gelen hastalara yönelik hizmet aldığı gündüz hastanelerine dönüşmüştür. Gündüz hastaneleri de toplum ruh sağlığı merkezleri gibi multidisipliner bir ekip tarafından yürütülüyordu. İlk uygulama olarak gösterilen gündüz hastanesi Ankara Tıp Fakültesi'nin Cebeci'de bulunan Psikiyatri Kliniği'nde 1988'de kurulmuştur. İstanbul Bakırköy'deki kampüs içinde kurulan gündüz hastanesi 2006 yılından beri hizmet vermektedir. Hastane binaları dışında yer alan ilk gündüz hastanesi ise 2004 yılında Kocaeli'de kurulmuştur. Gündüz hastanelerinde psikoz veya duygudurum bozukluğu olan hastalar ile grup tedavileri, aile grupları, davranışsal yaklaşımlar, toplumsal beceri eğitimi, sorun çözme eğitimi, sanat etkinlikleri (resim, müzik, dans gibi ), iş-meslek edindirme çalışmaları (galoş üretimi, tarım çalışmaları gibi) yürütülmekteydi. Gündüz hastaneleri ile hastane yatışlarının azaldığı, belirti şiddetinin azaldığı, toplumsal işlevsellik düzeyinin yükseldiği, hasta ve bakım vericilerin yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür (Doğan 2016).

#### **1.4.3. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri**

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında yayımlanan Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metninde, ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması ve toplum temelli iyileştirme çalışmalarının yapılması konularına yer verilmiştir. Sağlık Bakanlığı, bu kapsamda Nisan 2009'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı almıştır. TRSM'lerde gerçekleştirilen pilot çalışmalar sonrasında ilgili yönerge Şubat 2011'de yayınlanmış ve uygulamaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011). Türkiye'de Mayıs 2008'de Bolu'da ilk TRSM'nin açılmasının ardından, günümüzde bu sayı 163 TRSM'ye ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı 2018). TRSM'ler hakkında 16.02.2011 tarih ve 7364 sayılı yönergede; hastaların yaşadıkları ortamda tedavi edilmesi, bireysel danışmanlık hizmeti ve evinden çıkmayan hastalara evde bakım hizmeti verilmesi gibi yükümlülükler yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2011). Bu yükümlülükler olgu danışmanlığı modelinin kapsamına

girmesine rağmen yönergede olgu danışmanlığı kavramından söz edilmemektedir. TRSM'lerde bireysel bakım planları, ev ziyaretleri, tedaviye uyumu artırma, uyumlandırma, ruhsal eğitim, aile eğitimi, ruhsal-toplumsal beceri eğitimi, çeşitli uğraşı çalışmaları (resim, müzik, el sanatları, trikotaj, yazma gibi) yapılmaktadır. TRSM'lerden hizmet alan hastalar ile ilgili yapılan çalışmalarda, hastaneye yatış oranlarında azalma; içgörülerinde, tedaviye uyumlarında, yaşam kalitelerinde ve işlevselliklerinde artma olduğu gösterilmiştir (Ensari ve diğ. 2013, Aydın ve diğ. 2014, Gül ve diğ. 2014, Arslan ve diğ. 2015, Aydın 2016, Söğütü ve diğ. 2017, Özdemir ve diğ. 2017).

Türkiye'de şu anda aktif devam eden TRSM'lerde yapılan çalışmalar incelendiğinde kayıtlı hasta sayısı ile orantısız olarak yalnızca merkeze gelen hastalara klinik olgu danışmanlığı kapsamında Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi, ruhsal eğitim, grup tedavileri ve uğraş etkinlikleri gibi toplumsal destek tedavileri ve tıbbi hizmetler verildiği görülmektedir. Çalışanların ciddi ruhsal hastalıkların iyileştirimi ile ilgili yeterli bilgilerinin olmaması, personelin sık değişmesi, 7/24 hizmet verilmemesi hizmetlerin sürekliliğini ve hastalar ile işbirliğini etkilemektedir (Soygür 2016).

TRSM'lerde hastalar olgu danışmanlığı kapsamında takip edilmektedir. Ancak bildiğimiz kadarıyla TRSM'lerde yapılandırılmış ve kurumsallaşmış olgu danışmanlığı hizmeti verildiğine dair bir çalışma bulunmamaktadır.

## 2. AMAÇ

Bu çalışmada, bir üniversite hastanesinde takipli olan ve olgu yönetimine gereksinim duyan şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan bir grup hastaya klinik olgu danışmanlığı, iyileştirim yönelimli olgu danışmanlığı ve yoğun olgu danışmanlığı modellerinin özelliklerini içeren karma (hibrid) bir modelin uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi amaçlandı. Bu modelde olgu danışmanı tarafından hastalarla evlerinde, toplum içinde ya da hastanede görüşmeler, bireysel donanım ve hedeflere göre planlamalar yapılması, klinik iyileşme ve toplumsal-mesleki işlevselliği artırmaya yönelik kapsamlı ve sürekli hizmet sunulması planlandı.



### **3. YÖNTEM**

Bu bölümde, araştırmanın tipi, araştırma yerinin seçimi, evreni, örneklem özellikleri ve örnekleme tekniği, araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerinin belirlenmesi, araştırmada kullanılan terim, sınıflandırma, yöntem ve ölçütlerin açıklanması, kullanılan araç-gereçlerin tanımlanması, veri çözümlemesi, kullanılan istatistiksel testlerin ve hesaplamaların tanımlanması ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma karşılaştırmaz tek gruplu bir müdahale çalışmasıdır.

#### **3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı**

Araştırma şubat 2016-Haziran 2016 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümünde gerçekleştirildi.

#### **3.3. Araştırma Evren ve Örnekleme**

Araştırmanın örneklemini Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü'nde takip edilen, DSM-5 (APA 2013) tanı ölçütlerine göre şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı alan, son bir yılda en az bir alevlenme ya da yineleme yaşamış, tedavi uyumu bozuk, herhangi bir işte çalışmayan, bağımsız yaşayamayan (aile ya da başkasının yardımı ile yaşamını sürdüren) hastalar oluşturdu. Servis ya da poliklinikten izlenen ve çalışmaya alınma koşullarını karşılayan 39 hastaya olgu yönetimi hizmeti teklif edildi ve çalışma protokolü anlatıldı. Onam veren 34 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan hasta ve yakınları çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında aydınlatıldı ve imzalı onayları alındı.

#### **3.4. Araştırmada Kullanılan Terim, Sınıflandırma, Yöntem ve Ölçütlerin Açıklanması**

Araştırmada kullanılan terimler, uluslararası bilimsel çalışmalarda kullanılan ve Amerika Psikoloji Birliği'nin onayladığı terimlerdir. Sınıflandırma ve ölçütlerde ise DSM-5 tanı ölçütleri, istatistiksel bilgi ve teknikleri esas alınmıştır.



### 3.5. Araştırmada Kullanılan Araç-Gereçlerin Tanımlanması

Hastalar araştırmacılar tarafından hazırlanan nüfus ve klinik özellikler veri formu, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD), Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGI-Ş), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) ve Tedaviye Uyumu Değerlendirme (TUD) formu (1-kendiliğinden düzenli, 2-yardımla düzenli, 3-düzensiz ikna ile, 4-zorla ya da kas içi uygulama, 5-asla almıyor) ile değerlendirildi. Hastanın bakımından sorumlu olan aile üyeleri ise Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ) ile değerlendirildi. Hasta ve yakınlarına ilk görüşmede uygulanan ölçekler 6. ay, 1.ve 2. yılın sonunda tekrarlandı. İGD ve KGI-Ş ölçekleri hastaları izleyen psikiyatri uzmanı, TİDÖ hastalar, ZBYÖ aileler, TUD olgu danışmanı tarafından dolduruldu.

*KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Şizofreni/Şizoaffektif Bozukluk Hasta Kayıt Formu:* KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda hasta kayıtlarının tutulması amacıyla kullanılan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, tanı, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, fiziksel şiddet eğilimi, özkıyım girişimi, ailede ruhsal hastalık öyküsü vb. alanlarda bilgi almaya yönelik başlıkların bulunduğu hasta kayıt formudur.

*İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD):* DSM-IV'te yer alan ve klinisyen yargısına göre puanlanan 'Eksen V' değerlendirmesidir (APA 1994). Genel işlevsellik için 0-100'lük bir aralıkta hastalığın ruhsal, toplumsal ve mesleksel işlevsellik üzerindeki etkisi puanlanır. Alınan puanın yükselmesi işlevselliğin daha iyi olduğunu gösterir.

*Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGI-Ş):* Klinik genel izlenim ruhsal hastalıkların genel değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçek olup hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 bölümden oluşur. Bu araştırmada ölçeğin yalnızca şiddet bölümü kullanıldı. Görüşmecisi hastalıkla ilgili genel deneyimine dayanarak 1 (saptanmadı) ve 7 (en ağır hastalar) arasında puan verir. Yüksek puan klinik durumun şiddetli olduğunu gösterir (Guy 1976).

*Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ):* Yıldız ve diğ. (2018) tarafından şizofrenisi olan bireylerin toplumsal işlevsellik düzeyini belirlemek için geliştirilen ölçek 19 maddeden oluşan, üçlü Likert tipi puanlama ile derecelendirilen, hasta, hasta yakını ya da klinisyen tarafından doldurulabilen bir ölçektir. Özbakım, kişiler arası ilişkiler ve eğlenti, bağımsız yaşam ve çalışma durumunu içeren 4 alt ölçekten oluşmaktadır. TİDÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0,83'tür. Ölçekten alınan yüksek puanlar toplumsal işlevselliğin

yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmaya katılan hastalar ölçek geliştirme çalışmasında da yer aldılar. Bu çalışmada ölçeğin hastalar tarafından doldurulan verileri kullanıldı.

*Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ):* Zarit ve diğ. (1980) tarafından geliştirilmiş olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nin şizofreni hasta yakınlarında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özlü ve diğ. (2009) tarafından yapılmıştır. Bakım verenlerin yüklerini değerlendiren ölçeğin Türkçe uyarlaması 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,83'tür. Ölçekten alınan puanlar arttıkça yükün şiddeti de artmaktadır.

### **3.6. Alınan Etik Kurul Onayının Yeri ve Numarası**

Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmış olan etik kurul karar numarası: KÜ GOKAEK-2016/19.4 ve proje numarası: 2016/298'dir.

### **3.7. Veri Çözümlemesi, Kullanılan İstatistiksel Testlerin Tanımlanması**

Çalışmanın sayımsal çözümlemesi Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı (SPSS) 22 (Armonk, New York, ABD) kullanılarak yapıldı. Hastaların nüfus bilgileri ve klinik durumlarının ortalama ve standart sapmaları hesaplandı. Ölçeklerden alınan puanların normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Simirnov testi ile belirlendi ve örneklem sayısının 30 olması nedeniyle parametrik olmayan testler kullanıldı. Tekrarlı yapılan ölçümler arasındaki ilişki parametrik olmayan testlerden Friedman testi ve Wilcoxon Signed Ranks Testi ile incelendi. Bağıntı analizi için Spearman testi kullanıldı. İstatistiksel açıdan p değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı olarak kabul edildi.

### **3.8. Uygulanan olgu danışmanlığı modeli**

Olgu danışmanlığını Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisi'nde 5 yıl deneyimli, aynı zamanda Ruhsal Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi olan bir uzman psikiyatri hemşiresi yürüttü. Kocaeli Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ruhsal İyileştirim Birimi tarafından oluşturulan Ruhsal İyileştirim Değerlendirme ve İzlem Çizelgesi ile hastalar aileleriyle birlikte izlendi. Yapılan görüşmelerde toplumsal işlevsellik, öz bakım, etkinliklere katılım, bağımsız yaşam becerileri, iş yaşamı, özel ilişki durumu, damgalama deneyimleri, klinik durumları, hedef ve donanımları ele alındı. Klinik durum incelemesinde hastalık, hastalığın şiddeti, tedaviye uyum, alkol madde kullanımı, diğer ruhsal sorunlar, ek tıbbi hastalıklar ve ilaç yan etkileri değerlendirildi. Hastanın hedefleri ve donanımları değerlendirilirken kısa ve uzun erimli

hedefleri, becerileri, kaynakları, tedavi ve iyileştirim olanakları dikkate alındı. Tüm bu değerlendirmeler sonucunda hasta ile kısa ve uzun erimli hedefleri çerçevesinde iyileştirim planı oluşturuldu. Hastalarla ilk bir aylık süreçte haftalık düzenli bireysel görüşmeler yapıldı. Bu görüşmeler hastanede, evde, toplumsal ortamlarda (kafe, çay bahçesi gibi) ya da İzmit Bizim Bahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneğinde yapıldı. Katılımcılar her ay değerlendirildi. Aylık değerlendirmeler sonrasında uzman psikiyatrist ile görüşülerek danışmanlık alındı.

*Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE):* Grup eğitime gereksinimi olan ve katılmayı kabul eden hastalar bu eğitime alındı. RUTBE, şizofreni hastalarının bağımsız ve toplumsal yaşama becerilerini artırmaya yönelik olarak toplumsal beceri eğitimi, ruhsal eğitim, aile eğitimi ve grup psikoterapisi ilkelerine göre düzenlenmiş olan bir beceri eğitimi programıdır (Yıldız 2011).

*Tedavi Hemşireliği:* Hasta ve ailelerine ilaçlarla ilgili bilgi verme, tedaviye uyumu sağlama, kas içi enjeksiyon tedavisi alan hastaların takibini yapma, takip eden doktorlarla ilaç tedavilerinin düzenlenmesine katılma, ilaç yan etkileri ile baş etmede ve ek tıbbi hastalıkların yönetiminde yardımcı olma gibi çalışmalar yapıldı.

*Ev Ziyaretleri:* Hastalığından dolayı toplumdan yalıtık yaşayan katılımcılara düzenli ev ziyaretleri gerçekleştirildi. Taburcu olduktan sonra kontrollere gelmeyi reddeden hastalar evlerinde ziyaret edilerek ilaç uyumu, hastalık hakkında bilgilendirme ve ailenin eğitimi konularında görüşmeler yapıldı.

*Destekli İşe Yerleştirim:* İş yaşamına katılabilecek hastalarla yeterlilik durumlarına göre planlamalar yapıldı. Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavına (E-KPSS) girebilecek olan hastalara sınava hazırlanma sürecinde destek olundu ve sınavdan yeterli puan alan hastalarla birlikte uygun yerlerin tercih edilmesi sağlandı. E-KPSS'yi kazanan hastaların ilk atanma aşamasında personel daire müdürleri ile görüşmeler yapıldı. Hastaların özellikleri ve yeteneklerine uygun pozisyonlarda iş verilmesi sağlandı. Yerleştikleri kurumlarda hasta, birim amiri ve diğer çalışanlarla görüşmeler gerçekleştirildi. Özel sektörde işe başvurmak isteyen hastalarla özgeçmiş hazırlama, İŞKUR ile görüşme ve iş ilanlarını gözden geçirme çalışmaları yapıldı. İlk iş görüşmelerine hasta ile birlikte gidildi. İşe yerleşen hastalar iş yerinde ziyaret edildi, birim amirleriyle görüşmeler yapıldı. Her iki grupta da birim amirlerine olgu danışmanının irtibat numarası verilerek kolay erişim olanağı sağlandı.

Olgu danışmanının özellikleri Çizelge 3.8.1.'de verildi.

### Çizelge 3.1. Olgu Danışmanlığı Hizmeti Sunan Olgu Danışmanının Özellikleri

<b>Uzmanlık alanı</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ruhsal Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi</li><li>• Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans mezunu</li><li>• 5 yıl psikiyatri servisinde çalışma deneyimi</li></ul>
<b>Beceri alanları</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE) eğiticiliği</li><li>• Tedavi hemşireliği</li><li>• Sivil toplum kuruluşları ile çalışma deneyimi</li></ul>
<b>Erişilebilirlik</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hafta içi (09.00-18.00) arası</li><li>• 24 saat telefon ile ulaşma</li></ul>
<b>Hastalarla görüşme</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastane, ev, iş yeri, İzmit Bizim Bahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği ya da kafe, çay bahçesi gibi toplumsal ortamlarda yüz yüze görüşmeler</li><li>• Gerektikçe telefon görüşmesi</li></ul>
<b>Uygulamalar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bireysel danışmanlık (hasta ve aileye)</li><li>• Hasta ve aileye grup eğitimi (RUTBE)</li><li>• Ev ziyaretleri</li><li>• Destekli işe yerleştirim çalışmaları</li><li>• Tedavi hemşireliği</li><li>• Takip eden doktorla iş birliği</li><li>• Psikiyatri uzmanından danışmanlık alınması</li></ul>

## 4. BULGULAR

### 4.1. Hastaların Nüfus ve Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya 34 hasta katıldı. 4 hasta ilk 6 ayda çalışmadan ayrıldı. Ayrılma gerekçeleri şöyle idi: Bir hasta TRSM'ye düzenli devam etmeye başladı ve olgu yönetimine gereksinim duymadı, bir hasta tedaviyi tamamen reddetti, diğer iki hasta ise ailelerinin böyle bir uygulamaya gerek olmadığını düşünceleri üzerine uygulamadan ayrıldı. 24'ü şizofreni, 6'sı şizoafektif bozukluk (ŞAB) tanısı olan 30 hasta 24 ay boyunca aynı olgu danışmanı tarafından takip edildi.

Yaş ortalaması 36, başarı ile tamamladığı eğitim ortalaması 11 yıl olan hastaların çoğu (%76) erkek, bekâr (%80) ve hiç biri çalışmıyordu. Hastalık süresi ortalama 13 yıl olan hastaların toplam hastane yatış ortalaması 3, uygulamaya başlamadan önceki son iki yıl içindeki hastaneye yatış ortalaması 1,3 idi. Hastaların nüfus özellikleri Çizelge 4.1'de verildi.

**Çizelge 4.1.** Çalışmaya Katılan Hastaların Uygulama Başlangıcındaki Nüfus Özellikleri (Şizofreni=24, Şizoafektif bozukluk=6)

<b>Yaş (ortalama ± SS)</b>		35,5±8,7
<b>Eğitim yılı (ortalama ± SS)</b>		11,3±2,6
<b>Cinsiyet/Erkek (sayı, %)</b>		23 (76,7)
<b>Medeni durum/ Bekar (sayı, %)</b>		24 (80,0)
<b>Kişi başına düşen gelir/ay* (ortalama ± SS)</b>		998,3±606,3
<b>Hastalık başlangıç yaşı (ortalama ± SS)</b>		22,5±6,0
<b>Hastalık süresi/yıl (ortalama ± SS)</b>		13,0±6,9
<b>Hastane yatış sayısı (ortalama ± SS)</b>		3,0±1,8
<b>Son 2 yılda hastane yatış sayısı (ortalama ± SS)</b>		1,3±1,0
<b>Yaşam biçimi (sayı, %)</b>	Anne-Baba	22 (73,3)
	Eş-Çocuk	6 (20,0)
	Yalnız	2 (6,7)
<b>İş yaşamı (sayı, %)</b>	Çalışmıyor	25 (83,3)
	Malulen emekli	5 (16,7)
<b>Sosyal güvence varlığı (sayı, %)</b>		30 (100)

\*Toplam eve gelen gelirin evde yaşayan kişi sayısına bölümü ile hesaplandı.

#### 4.2. 24 Aylık Sürede Verilen Hizmetlere İlişkin Bulgular

24 aylık takip süresince her bir hasta ile ortalama 42 kez bireysel görüşme yapıldı. 5 hastaya 31 kez ev ziyareti gerçekleştirildi. Tüm hastaların poliklinik kontrollerine düzenli olarak gelmesi sağlandı. 12 hasta ile RUTBE grup eğitimi haftada bir kez olmak üzere 50 dakikalık 2 oturum halinde 5 aylık sürede gerçekleştirildi.

13 hasta destekli işe yerleştirim çalışmasına katıldı. Katılan hastaların yeterliliklerine göre yapılan planlama ve yönlendirmeler sonucunda 10 hastanın işe yerleşmesi sağlandı. Devletin engelli bireyler için açtığı memurluk sınavı olan E-KPSS'ye hazırlanan ve sınavı kazanan 5 hasta memur olarak çalışmaya başladı. Bu hastalar bir yıldır işlerine devam etmektedir. Diğer 5 hastadan 4'ü normal kadrodan, biri engelli kadrosundan olmak üzere özel sektörde işe başladı. Özel sektörde normal kadrodan işe başlayan 4 hastadan 2'si işine bir yıldır devam etmektedir. Diğer 2'si iş yerlerinin küçülmeye gitme kararı alması ve performanslarının yetersiz olması gerekçesiyle işten çıkarıldı. Özel sektörde engelli kadrosundan işe giren hasta ise işin ağır gelmesini gerekçe göstererek kendisi işi bıraktı. Bu süreçte işe yerleşen hastalar için toplam 89 kez iş yeri ziyareti yapıldı.

29 hasta yakını ile bireysel görüşme yapılarak hastalık hakkında bilgi verildi. Bir hasta yakını ile şehir dışında olduğu için telefonla görüşüldü. RUTBE eğitimine katılan 12 hastanın yakınları ile 2 hafta bir 50 dakikalık tek oturum şeklinde grup eğitimi yapıldı. Tüm ailelere olgu danışmanının iletişim numarası verilerek ihtiyaç duyulduğunda ulaşımları sağlandı. İki yıllık çalışmada hasta ve aileler için yapılan hizmetlerin dökümü Çizelge 4.2'de sunuldu.

**Çizelge 4.2.** Çalışmayı Tamamlayan Hastalara (n=30) 24 Aylık Sürede Verilen Hizmetler

	<b>Hasta Sayısı</b>	<b>Toplam görüşme sayısı</b>	<b>Ort. ±SS</b>
<b>Bireysel görüşme</b>	30	1267	41,7 ± 6,4
<b>Ev ziyareti</b>	5	31	6,2 ±2,4
<b>RUTBE</b>	12		
<b>Aile eğitimi</b>	29		
<b>Destekli işe yerleştirim</b>	13		
<b>İşe girme</b>	10		
<b>İş yeri ziyareti</b>	10	89	8,9 ± 5,8
<b>İşi sürdürme</b>	7		

### 4.3. Klinik Değerlendirmelere İlişkin Bulgular

Çalışmaya alınan hastalar, ilk değerlendirmede klinik ölçek puanlarına göre (ortalama KGI=5, ortalama İGD=47) orta-ciddi düzeyde olan hastalardı. Hastaların ölçek puan ortalamalarında süreç içerisinde anlamlı değişiklik saptandı. Hastane yatış oranlarında belirgin bir düşme gözlemlendi. Uygulanan ölçeklerin ilk ve 24 ay sonraki puanları Çizelge 4.3’de verildi.

**Çizelge 4.3.** Uygulanan Ölçeklerin İlk, 6. Ay, 12. Ay ve 24. Aydaki Takip Puanları (n=30)

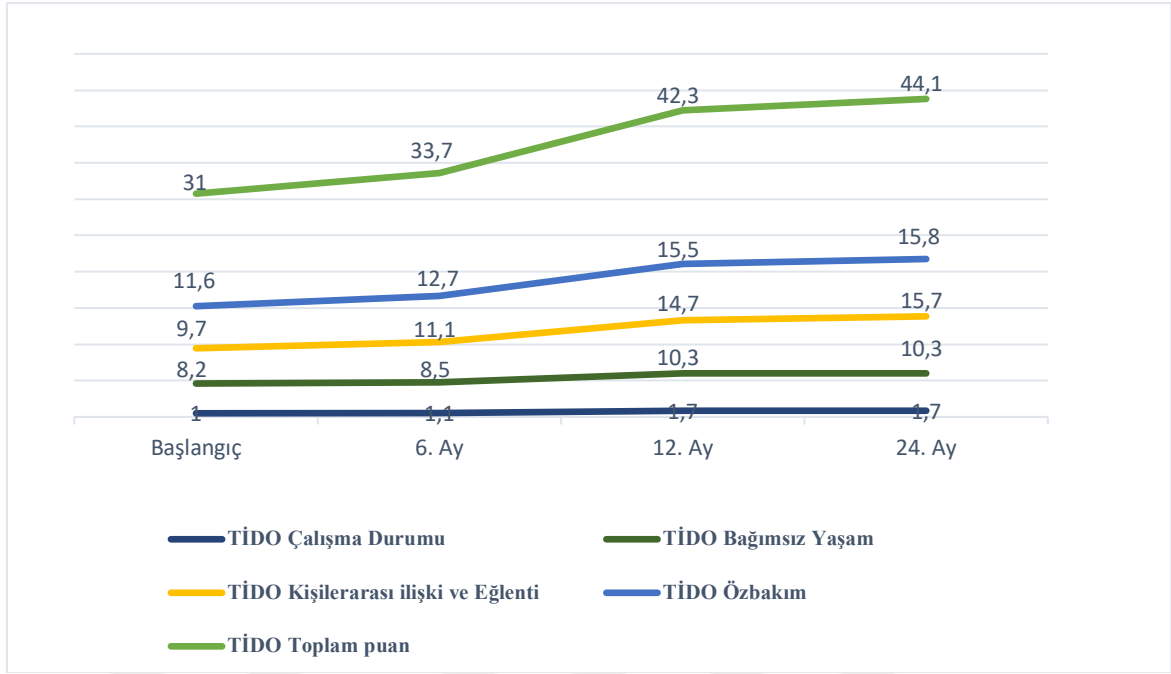
	<b>Başlangıç</b>	<b>6. ay</b>	<b>12. ay</b>	<b>24. ay</b>	<b>İstatistik</b>
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	p
<b>Hastaneye yatış</b>	1,33±1,06	DY	DY	0,23±0,56	0,000*
<b>KGI-Ş</b>	5,0±0,9	4,2±1,1	3,1±0,7	3,1±0,8	0,000**
<b>İGD</b>	47,0±5,3	51,8±3,8	59,3±5,5	61,1±6,2	0,000**
<b>TİDO</b>	31,0±8,9	33,8±8,2	42,3±7,1	44,1±6,5	0,000**
<b>ZBYÖ</b>	45,4±15,0	DY	39,8±13,4	37,0±13,0	0,000**

\* Wilcoxon Signed Ranks Test, \*\*Friedman testi, DY: Değerlendirme yapılmadı

**KGI-Ş:** Klinik Genel İzlenim-Şiddet Ölçeği; **İGD:** İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi; **TİDO:** Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği; **ZBYÖ:** Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

### 4.4. Toplumsal İşlevsellik Verilerine İlişkin Bulgular

Takip sürecinde TİDÖ alt ölçek puanları incelendiğinde tüm alt ölçeklerde anlamlı artış saptandı. Öz bakım puanlarında ilk ve 6. aydaki arasındaki (p=0,002), 6. ay ve 12. ay arasındaki değerlendirmede anlamlı fark saptandı (p=0,001), 12. ay ve 24. ay arasındaki değerlendirmede anlamlılık (p=0,153) saptanmadı. Kişiler arası ilişki ve eğlenti puanlarının tüm aralıklardaki değerlendirmesinde anlamlı artış saptandı (sırasıyla p=0,001, p=0,001, p=0,002). Bağımsız yaşam puanlarının ilk ve 6. ay arasındaki değerlendirmesinde anlamlılık saptanmadı (p=0,088), 6. ay ve 12. ay değerlendirmesinde anlamlı artış saptandı (p=0,006), 12. ay ve 24. ay arasındaki değerlendirmesinde anlamlılık saptanmadı (p=1,000). Çalışma yaşamı puanlarında ilk ve 6. ay değerlendirmesinde anlamlılık saptanmazken (p=0,083), 6. ay ve 12. ay arasındaki değerlendirmede anlamlı artış saptandı (p=0,002), 12. ay ve 24. ay arasındaki değerlendirmede anlamlılık saptanmadı (p=1,000). TİDÖ alt ölçek puanlarında anlamlı değişimlerin daha çok 6. ay ile 12. ay arasında olduğu dikkat çekiciydi. TİDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının zamanla değişimi Çizim 4.4’de gösterildi.



**Çizim 4.1.** Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının 24 Aylık İzlemde Değişimi

Hastaların toplumsal işlevselliklerini değerlendirmek üzere kullanılmış olan TİDÖ ve İGD ölçeklerinin ilk değerlendirme ( $rs=0,684$ ,  $p<0,01$ ) ve son değerlendirme puanları arasında ( $rs=0,735$ ,  $p<0,01$ ) yüksek düzeyde bağıntı saptandı.

#### 4.5. Tedaviye Uyum Verilerine İlişkin Bulgular

Tedaviye uyum incelendiğinde tedaviyi kendiliğinden düzenli kullanma oranı ilk değerlendirmede %6,7 iken 24 ayın sonunda bu oranın %56,7'ye çıktığı görüldü. Hastaların ilaç tedavisine uyumu takip öncesi döneme göre anlamlı düzeyde arttı. Tedaviye uyumdaki değişim Çizelge 4.5'de verilmiştir.

**Çizelge 4.4.** Takip Öncesi ve Sonrası İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirmesi

	Başlangıç	24. ay	İstatistik*
Kendiliğinden düzenli (sayı, %)	2 (6,7)	17 (56,7)	
Yardımla düzenli (sayı, %)	11 (36,7)	12 (40,0)	
Düzensiz ya da ikna ile (sayı, %)	14 (46,7)	1 (3,3)	0,000
Zorla ya da kas içi (sayı, %)	1 (3,3)	-	
Asla almıyor (sayı, %)	2 (6,7)	-	

\*Wilcoxon Signed Ranks Test



## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma klinik, iyileştirim yönelimli ve yoğun olgu danışmanlığını öğelerini içeren hibrid bir uygulamanın şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastaların 24 aylık izlem sonucunda klinik iyileşme ve toplumsal işlevselliklerinde önemli oranda artış sağladığını göstermiştir.

Çalışmada olgu danışmanlığı hizmeti hasta, aile, tedavi eden doktor, iş olanakları ve toplumsal kuruluşlarla iş birliği ve eşgüdüm sağlanarak gerçekleştirildi. Görüşmeler yalnızca hastanede değil ev, sivil toplum kuruluşları, toplumsal ortamlar ya da iş yerlerinde yapıldı. Erişilebilirlik hastalara ve ailelere olgu danışmanının iletişim numarası verilerek yalnızca mesai saatleri içinde değil gereksinim duyulduğunda da sağlandı. 24 ay boyunca hastalarla ayda ortalama 2 kez yüz yüze görüşme yapıldı. Bu görüşme sıklığı olgu danışmanlığı ile ilgili yapılan üstçözümleme (metaanaliz) çalışmalarında bildirilen sıklıkla (2-4) uyumludur (McCrone ve diğ. 2000, Knapp ve diğ. 2002). Süreğen ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisinde aynı olgu danışmanı hastanın hedef ve donanımlarını gözeterek kurduğu güven ilişkisi ile yürüttüğü uzun süreli iyileştirim çalışmalarının çok önemli katkısı olduğu anlaşılmaktadır.

Olgu danışmanlığı uygulamasının ana hedeflerinden biri hastaneye yatış oranının azaltılmasıdır. Hastaların 24 aylık dönemde hastaneye yatma oranı takip öncesi 24 ay ile karşılaştırıldığında anlamlı ( $p<0,001$ ) olarak düşmüştür. Benzer sonuçlar olgu danışmanlığı üzerine yapılan başka çalışmalarda da gösterilmiştir (Ziguras ve Stuart 2000, Burns ve diğ. 2007, Killaspy ve diğ. 2009). Yerinde girişken tedavi ve yoğun olgu danışmanlığı modelinin birlikte uygulamalarının hastane yatışı üzerine daha etkili olduğu bildirilmektedir (Burns ve diğ. 2001, Killaspy ve diğ. 2009). Çalışmamızda uygulanan olgu danışmanlığı yoğun olgu danışmanlığı öğelerini de içermiş olması hastane yatış oranlarındaki azalmada etkili olmuş olabilir.

Hastaların klinik iyileşme ve toplumsal işlevselliklerinde anlamlı oranda artış saptanmıştır. Klinik iyileşme puanlarındaki artışın bireysel görüşmeler ya da grup tedavilerinde verilen ruhsal eğitim sonucunda tedaviye uyumun artması, hastalık belirtileri ile başetme becerilerinin gelişmesi sonucunda gerçekleşmiş olduğu söylenebilir. Hastaların ihtiyaç duyduklarında olgu danışmanına ulaşması, hasta ve aile ile sık iletişim de klinik durumda iyileşmeye katkı sağlamış olabilir. Çalışmanın bu sonucu olgu danışmanlığı

üzerine yapılmış olan diğer çalışmalarla uyumludur (Mueser ve diğ. 1998, Ziguras ve Stuart 2000, O'Brien ve diğ. 2012, Gelkopf ve diğ. 2016). Ülkemizde bu alanda yapılmış başka çalışmalar olmamakla birlikte, TRSM'lerde sunulan hizmetler üzerine yapılmış olan çalışmalar klinik olgu danışmanlığı kapsamında değerlendirilebilir. Bu çalışmalarda şizofreni hastalarına verilen hizmetlerin yaşam kalitesini, genel ve toplumsal işlevselliği artırdığı, yeti yitimini azalttığı gösterilmiştir (Ensari ve diğ. 2013, Aydın ve diğ. 2014, Gül ve diğ. 2014, Arslan ve diğ. 2015, Aydın 2016, Söğütlü ve diğ. 2017).

Şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal eğitimin tedaviye uyumu artırdığı, yinelemeleri azalttığı, klinik ve toplumsal işlevselliği artırdığı bilinmektedir (Yıldız ve diğ. 2004, Xia ve diğ. 2011). Çalışmamızda hastaların hedef ve donanımlarına göre planlamaların yapılmış olması, yapabildikleri konusunda teşvik edilmesi ve ailelerle iş birliği içinde olunması toplumsal işlevselliğin artmasında katkı sağlamış olabilir. Görüşmelerin kimi zaman toplumsal ortamlarda yapılmış olması ve grup eğitimleri esnasında akran dayanışmasının sağlanması da bu iyileşmede etkili olmuş olabilir. Olgu danışmanlığının işlevlerinden biri iyileştirim hizmetlerinin planlaması aşamasında hastaların yeteneklerine göre ve hastayla birlikte karar vererek hedef belirlenmesidir. Bu konuda yapılan çalışmalar hastalarla hedef belirleme, yapabileceklerine odaklanma ve başarabildiklerinde ya da başaramadıklarında olumlu geri bildirimle desteklemenin hastaların iyileşme sürecine katkı sağladığını göstermiştir (Weingarten 2005, Slade 2009, Corrigan 2011).

Şizofreni hastalığı olan bireylerin önemli bir kısmının, çalışmaya istekli oldukları, iş yapabilme, iş eğitimi ve işe girebilmek için gereksinimleri olan destek sistemlerine ihtiyaç duyduklarını ifade ettikleri bildirilmiştir (Haro ve diğ. 2011, Zaprutko ve diğ. 2015). Şizofrenili bireylerin tercihleri doğrultusunda güçlü yanları belirlenerek çalışma yaşamına dahil edilmeleri, yaşamlarını olağanlaştıran önemli yollardan birisidir (Beigi ve diğ. 2015). Kişinin gereksinimleri ve hastalığının evresi ile örtüşen uygun mesleki iyileştirim fırsatları ruhsal hastalığı bulunan herkes için çalışma olanaklarını artırabilmektedir. Şizofrenili bireyler kendi başarılarına ya da geleneksel iyileştirim hizmet danışmanlığında iş aradıklarında işe girme olasılıkları düşükken destekli işe yerleştirimle işe girme ve işi sürdürme olasılıkları artmaktadır (Lieberman 2008). Engelli bireyler işe yerleştirdikten sonra desteklenmeleri sürdürüldüğünde işte kalma sürelerinin uzadığı bilinmektedir (Boardman ve diğ. 2013). Çalışmamızda destekli işe yerleştirimle hastaların üçte biri işe yerleşmiş ve desteğin sürdürülmesiyle bu hastaların %70'i en az bir yıl işini sürdürebilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların çoğu bekâr olup aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Aile bireyleri zamanlarının önemli bir kısmını hastalarıyla birlikte geçirmekte ve her an hastalık ve tedavi sürecinin içerisinde yer almaktadır. Bu açıdan ailelerin ya da bakıcıların tedavi sürecinin içerisinde tedavi gören ve/ya da tedavi veren kişiler olarak yer almalarının sağlanması önemsenmelidir. Ailelere verilen ruhsal eğitimler ve ihtiyaç duyduklarında olgu danışmanına erişilebilirliğin sağlanması, hastalığın alevlenme ve yeniden hastaneye yatış oranlarında azalmaya neden olmakta ve hastaların tedaviye uyumlarına olumlu katkıda bulunmaktadır (Nasr ve Kausar 2009, Duman ve Bademli 2013). Çalışmaya katılan hastaların ailelerinde yük azalması saptandı. Aile yükünün azalmasında aile üyeleriyle yapılan bireysel ve grup eğitimlerinin, tedavi ekibi ile aile arasında iş birliği sağlanmış olmasının, olgu danışmanının erişilebilir olmasının ve hastaların klinik ve işlevsel düzelmelerinin rolünün olduğu düşünülmektedir.

Tüm ruhsal ve toplumsal hizmetlerin birbiriyle bağlantılı olarak bütünleşik bir şekilde sunulmasının yararları bilinmektedir. Her bir hizmet ayrı ayrı sunulduğunda bütünleşik olarak sunulmasından daha az etkili olmakta, gereksiz yere zaman ve kaynak kaybına yol açmaktadır (Lieberman 2008). Olgu danışmanlığı genellikle dağınık olarak sunulan hizmetleri CRH'si olan hastalar için erişilebilir kılması ve hasta, aile ve tedavi ekibi arasında iş birliğini sağlaması hem hastaların iyileşmelerine hem ailelerin yüklerinin azalmasına hem de sağlık ekonomisine önemli katkılar sağlayabilmektedir.

Çalışmamız alanında uzmanlaşmış bir olgu danışmanının mevcut olanakları kullanarak ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin klinik iyileşmelerine, toplumsal işlevselliklerinin artmasına, işe girme ve işi sürdürmelerine, aile yükünün azalmasına anlamlı katkılar sağlayabileceğini göstermiştir. Ülkemizde son yıllarda toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini üstlenmiş olan TRSM'lerde uzmanlaşmış kişilerin yürüteceği olgu danışmanlığı hizmetleriyle CRH'si olan bireylerin iyileştirimlerinde ivme yaşanacağı söylenebilir.

## **5.1. Sınırlılıklar**

Çalışmanın sonuçları, Türkiye'de kapsamlı olarak düzenlenmiş olan ilk olgu danışmanlığı çalışması olmakla birlikte bazı kısıtlılıklar çerçevesinde değerlendirilmelidir. Hastaların klinik ve işlevsel değerlendirmesinin aynı klinisyen tarafından yapılmış olması yanlılık doğurmuş olabilir. Ancak hasta ve ailelerin doldurduğu ölçekler öz bildirim ölçekleri olduğu için bu yanlılığın derecesini azaltmaktadır. Çalışma bir merkezden

yürütölmüş olduğu için sonuçları genellemek zor olabilir. Bu nedenle çalışmanın çok merkezli olarak tekrarlanması yararlı olacaktır. Çalışma, farklı meslek gruplarından olgu danışmanları ile de tekrarlanmalıdır. Aynı zamanda bu çalışma açık bir izlem çalışması olduğu için kontrollü çalışmalarla karşılaştırmaya gereksinim vardır.



## 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

- Hasta, aile, tedavi eden doktor, iş olanakları ve toplumsal kuruluşlarla iş birliği ve eşgüdüm sağlanarak olgu danışmanlığı modeli hizmeti sunuldu.
- 24 ay boyunca hastalarla ayda ortalama 2 kez yüz yüze görüşme yapıldı.
- Hastaların hastane yatış oranlarında azalma sağlandı.
- Hastaların klinik iyileşme ve toplumsal işlevselliklerinde anlamlı oranda artış sağlandı.
- Destekli işe yerleştirimle hastaların üçte biri işe yerleşti ve desteğin sürdürülmesiyle bu hastaların %70'i en az bir yıl işini sürdürebildi.
- Aile yükünün azalması sağlandı.
- Hastaların tedaviye uyumu arttı.

### 6.2. Öneriler

Olgu danışmanının mevcut olanakları kullanarak ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin klinik iyileşmelerine, toplumsal işlevselliklerinin artmasına, işe girme ve işi sürdürmelerine, aile yükünün azalmasına anlamlı katkılar sağlayabileceğini göstermiştir. Ülkemizde son yıllarda toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini üstlenmiş olan TRSM'lerde uzmanlaşmış kişilerin yürüteceği klinik olgu danışmanlığı, iyileştirim yönelimli olgu danışmanlığı ve yoğun olgu danışmanlığı modellerinin özelliklerini içeren karma (hibrid) bir modelin uygulanması ile CRH'si olan bireylerin iyileştirimlerinde ivme yaşanacağı söylenebilir.

## KAYNAKLAR

- Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M ve diğ. Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Nöropsikiyatri Arşivi.2009; 46 (1): 25-29.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition. American Psychiatric Association Press. Washington, DC, 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition. American Psychiatric Association Press. Washington, DC, 2013.
- Anthony WA, Forbes R ve Cohen MR. Rehabilitation oriented Case management. In Harris M, Bergman H (eds) Case mangament for mentally ill patients: Theory and practice. Chur Switzerland , Harwood Academic, 1993.
- Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T ve diğ. Rehabilitasyon programının Şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme calıŐması. Anadolu Psikiyatri Derg. 2015; 16: 238-46.
- Aydın E, Tabo A, Karamustafalıoğlu O ve diğ. Döner kapı olgusu:Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçiŐin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2014; 15:185-91.
- Aydın E. Vaka yönetiminin Şizofreni hastalarının klinik eelirtileri, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri. Tıpta Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 2016.
- Beigi MK, Shahbolaghi FM, Rassafiani M ve diğ. The meaning of work in people with severe mental illness. Med J Islam Repub Iran. 2015; 29: 161-68.
- Boardman J, Rinaldi M. Difficulties in implementing supported employment for people with severe mental health problems. Br J Psychiatry. 2013; 203: 247-49.
- Bond GR, Drake RE. The critical ingredients of assertive community treatment. World Psychiatry. 2015;14:2.
- Botha UA, Koen L, Joska JA ve diğ. The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and highfrequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010; 45:461-468.
- Burns T, Catty J, Dash M ve diğ. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: A systematic review and meta-regression. BMJ. 2007; 335: 1-7.
- Burns T, Creed F, Fahy T ve diğ. Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. Lancet, 1999; 353 (9171): 2185-89.
- Burns T, Fioritt A, Holloway F ve diğ. Case management and assertive community treatment in Europe. Psychiatr Serv. 2001; 52: 631-36.
- Burns T. Case management and assertive community treatment. What is the difference? Epidemiol Psichiatr Soc. 2008; 17: 99-105.
- Chamberlin R, Rapp CA. A decade of case management: A methodological review of outcome research. Community Ment Health. 1991; 27: 171-88.
- Corrigan PW. The dignity to fail. Psychiatr Serv. 2011; 62: 241.
- Doğan O. Dünden bugüne Türkiye’de sosyal psikiyatri uygulamaları. Anadolu Psikiyatri Derg 2016; 17(2):136-142

Duman CZ, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013; 5:78-94.

Ensari H, Gultekin BK, Karaman D ve diğ. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yetiyitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2013; 4: 108-14.

Gaebel W, Becker T, Janssen B ve diğ. EPA guidance on the quality of mental health services. *Eur Psychiatry*. 2012; 27: 87–113.

Gelkopf M. A strengths-based case management service for people with serious mental illness in Israel: A randomized controlled trial. *Psychiatry Res*. 2016; 241: 182-89.

Guarino K. Step by Step: A Comprehensive Approach to Case Management. SAMHSA Homeless Resource Center. Rockville, 2011: <http://homeless.samhsa.gov/resource/step-by-step-a-comprehensive-approach-to-casemanagement-52282.aspx>

Guy G. Clinical global impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. National Institute of Mental Health, 1976.

Gül EU, Can DO, Şahin EHK ve diğ. Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi. *KU Tıp Fak Derg*. 2014; 16: 15-19.

Haro JM, Novick D, Bertsch J ve diğ. Cross-national clinical and functional remission rates: Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO) study. *Br J Psychiatry*. 2011; 199: 194-201.

Holloway F, Carson J: Intensive case management for the severely mentally ill: controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 172:19–22, 1998

Hoult J. Dissemination in New South Wales of the Madison Model, In : Marks IM ve Scott R (eds) *Mental Health Care Delivery: Innovations, Impediments and Implementation*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

Issakidis C, Sanderson K, Tecsson M ve diğ. Intensive care management in Australia: A randomized controlled trail. *Acta Psychiatr Scand*. 1999; 99: 367-69.

Ivezić SS, Mužinić L, Filipac V. Case management – a pillar of community psychiatry. *Psychiatria Danubina*. 2010; 22: 28–33.

Killaspy H, Kingett S, Bebbington P ve diğ. Randomised evaluation of assertive community treatment: Three-year outcomes. *Br J Psychiatry*. 2009; 95: 81–2.

Klinberg S, Langle G, Buchkremer G. Neuroleptics-psychotherapypsychiatric social work. In schizophrenia help is needed from many sides. *MMW Fortschr Med MMW*. 2003; 145:28-31.

Knapp M, Chisholm D, Leese M ve diğ. Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: The Epsilon study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002; 105: 42–54.

Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: A review of the literature. *Schizophr Bull*. 2009; 35: 696–703.

Lieberman RP. Yetiyetiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC. 2008. Çev. Mustafa Yıldız, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011.

Marshall M, Lockwood A, Gath D. Social services case-management for long-term mental disorders: A randomised controlled trial. *Lancet*, 1995; 345:409–12.

- Martin G, Costello H, Leese M ve diğ. An exploratory study of assertive community treatment for people with intellectual disability and psychiatric disorders: Conceptual, clinical, and service issues. *J Intellect Disabil*. 2005; 49:516-24.
- McCrone P, Menezes P, Johnson S ve diğ. Service use and costs of people with dual diagnosis in South London. *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 101: 464–72.
- McKenna PJ. *Schizophrenia and related syndromes*. Routledge, New York, 2007
- Mueser KT, Bond GR, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophr Bull*. 1998; 24: 37-41.
- Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry*. 2009; 8: 1-6.
- O'Brien S, McFarland J, Kealy B ve diğ. A randomized-controlled trial of intensive case management emphasizing the recovery model among patients with severe and enduring mental illness. *Ir J Med Sci*. 2012; 181: 301-08.
- Orwin R, Sonnefeld LJ, Garrison-Mogren R ve diğ. Pitfalls in evaluating the effectiveness of case management program for homeless persons: Lesson from the NIAAA Community Demonstration Program. *Eval Rev*. 1994; 18: 153-207.
- Özdemir İ, Şafak Y, Orsel S ve diğ. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 1994; 18: 419-27.
- Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöro Psikiyatr Arş*. 2009; 46 (Özel Sayı): 38-42.
- Priebe S, McCabe R. Therapeutic relationships in psychiatry: The basis of therapy or therapy in itself?. *International Review of Psychiatry*, 2008; 20(6): 521–526.
- Rapp C. *The Strengths Model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Saha S, Chant D, Welham J ve diğ. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med*. 2005; 2(5): 141.
- Simpson A, Miller C ve Bowers L. Case management models and the care programme approach: How to make the CPA effective and credible. *J Psychosoc Nurs Ment Health*. 2003; 10: 472-83.
- Slade M (Ed) *The contribution of risk-taking to recovery. Personal Recovery and Mental Illness: A Guide to Mental Health Professionals*. Cambridge University Press, New York, 2003.
- Soloman P, Meyerson A. Social stabilization: Achieving satisfactory community adaptation for persons with severe mental illness. *Psychiatry*, 2. Baskı, Tasman A, Kay J, Lieberman J (Ed), Chichester, UK, Wiley, 2003; 2253-75.
- Solomon P. The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. *Community Ment Health J*. 1992; 28: 163-80.
- Soygür H. Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Quo Vadis?. *Arch Neuropsychiatr* 2016; 53: 1-3
- Söğütü L, Özen Ş, Varlık C ve diğ. Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2017; 18: 121-28.
- Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment: I. conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*. 1980; 37: 392–7.



T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017. İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı ANKARA – 2018  
<https://khgm.saglik.gov.tr/Dosyalar/5768c3a08d2149f38ff4fc70ed597e89.pdf>

T.C. Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2006.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.

Taşkın EO. Şizofreniye yönelik tutumlar ve damgalama. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama (1. Baskı). Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 2007.

UK700. Group Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. Rationale of the trial. Br J Psychiatry. 1999; 174: 74-8.

Weingarten R. Calculated risk-taking and other recovery processes for my psychiatric disability. Psychiatr Rehabil J. 2005; 29: 77-80.

World Health Organization Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2010.

Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for Schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 6, 2011; CD00283. doi: 10.1002/14651858.CD002831.pub2.

Yanık M. Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirmeler ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar; 2007; 1-80.

Yıldız M, Kiras F, İncedere A ve diğ. Development of Social Functioning Assessment Scale for people with schizophrenia: Validity and reliability study. Anadolu Psikiyatri Derg. 2018; 19 (Suppl 2): 29-38.

Yıldız M, Veznederoğlu B, Eryavuz A ve diğ. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: A controlled study in Turkey. Int J Psychiatry Clin Prac. 2004; 8: 219-25.

Yıldız M. Şizofreni Hastaları İçin Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Eğitici Elkitabı (2. Baskı). Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara, 2011.

Zaprutko T, Kus K, Bilobryvka R ve diğ. Schizophrenia and employment: Evaluation from professionals point of view. Psychiatr Q. 2015; 86: 569-79.

Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. Gerontologist, 1980; 20: 649-55.

Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. Psychiatr. Serv. 2000;11:1410-21

# ÖZGEÇMİŞ

## 1. Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Aysel İNCEDERE  
Doğum Yeri/ Tarihi: Bolu/ 27.05.1983  
Uyruğu: T.C.  
Medeni Durumu: Evli  
Çalıştığı Kurum: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Ruhsal Rehabilitasyon Anabilim Dalı  
İletişim Adresi ve Telefonu: KOÜ Tıp Fak Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD,  
Umuttepe, 41380, Kocaeli

## 2. Eğitimi

Yüksek Lisans: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği (2012-2015)  
Üniversite: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü (2003-2007)  
Lise: Habire Yahşi Lisesi (1999-2001)  
İlköğretim: Yılmaz Mızrak İlköğretim Okulu (1996-1999)  
Yabancı Dil: İngilizce

**3. Unvan:** Araştırma Görevlisi

## 4. Mesleki Deneyimi:

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruhsal Rehabilitasyon Anabilim Dalı  
Araştırma Görevlisi (2016- devam ediyor)  
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşire (2008-2016)

**5. Üye Olduğum Bilimsel Kuruluşlar** Psikiyatri Hemşireleri Derneği  
Ruhsal Rehabilitasyon Uzmanları Derneği

## 6. Bilimsel Etkinlikleri:

İpçi K, İncedere A, Kiras F, Yıldız M. Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme ile Bilişsel İçgörü Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018.

Yıldız M, İpçi K, İncedere A ve diğ. Toplumsal İşlevselliğin Toplum Temelli Araştırması: Kocaeli’de Bir Ön Çalışma. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 3(3): 1-5.

İncedere A, İpçi K, Kırçalı A ve diğ. Toplumsal İşlevselliğin Bileşenleri Olarak Bireysel ve Toplumsal Alışkanlıklar Üzerine Eğitimin Etkisi: Kesitsel Bir Toplum Çalışması. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 3(3): 18-23.

Yıldız M, Kiras F, İncedere A ve diğ. Şizofreni hastaları için toplumsal işlevselliği değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg. 2018; 19(ES 2): 29-38.

Yıldız M, Özasan Z, İncedere A ve diğ. The Effect of Psychosocial Skills Training And Metacognitive Training on Social and Cognitive Functioning in Schizophrenia. Archives Neuropsychiatry, (Doi:10.29399/npa.23095).

Yıldız M, İncedere A, Kiras F ve diğ. Development of Self Stigma Inventory for Families of The Patients With Schizophrenia (SSI-F): Validity And Reliability Study. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology (Doi:10.1080/24750573.2018.1480858).

İpçi K, İncedere A, Kiras F ve diğ. Şizofreni Hastalarının Öznel İyileşme Anlayışlarının İlişkili Olduğu Etmenlerin Araştırılması. Anadolu Psikiyatri Derg. 2017;18(ES 3): S35.

Aydın Er Rahime, İncedere Aysel, Öztürk Selda (2018). Respectful care of human dignity: how is it perceived by patients and nurses?. Journal of Medical Ethics, 44(10), 675-680., Doi: 10.1136/medethics-2017-104666

İncedere Aysel, Küçük Leyla (2017). Sexual Life and Associated Factors in Psychiatric Patients. Sexuality and Disability, 35(1), 89-106., Doi: 10.1007/s11195-017-9475-y

Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Temel Kitap, Bölüm adı:(Şizofreninin Ekonomik Yükü) (2018)., Yıldız Mustafa, İncedere Aysel, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Editör:Esen-Danacı A, Böke Ö, Saka MC, Erol A, Kaymak SU, Basım sayısı:2, ISBN:978-605-65673-9-1.

Yıldız, M., Kaytaç Yılmaz, B. N., İncedere, A. ve diğ. Rates and correlates of employment in patients with schizophrenia: A multicenter study in Turkey. International Journal of Social Psychiatry. 2019;1–10. (doi: 10.1177/0020764019839082)

**EKLER**  
**EK 1**  
**KOÜ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**  
**RUHSAL İYİLEŞTİRİM BİRİMİ HASTA BİLGİ FORMU**

<b>Hastanın ismi:</b>	<b>Tarih:</b>
<b>Tel no:</b>	<b>Ev adresi:</b>
<b>Doğum tarihi:</b>	<b>Cinsiyet:</b> <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
<b>Doğum yeri (Şehir):</b>	<b>Eğitim</b> (başarıyla tamamladığı yıl):
<b>Medeni durum:</b> <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış /ayrılı / dul	<b>Şu anki çalışma durumu:</b> <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Malulen emekli <input type="checkbox"/> Denetimli çalışıyor <input type="checkbox"/> Düzenli çalışıyor <input type="checkbox"/> Öğrenci
<b>Askerlik durumu:</b> <input type="checkbox"/> Muaf <input type="checkbox"/> Yaptı <input type="checkbox"/> Yarıda bıraktı <input type="checkbox"/> Henüz Yapmadı	<b>El tercihi:</b> <input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Sol
<b>Evde kişi başına düşen gelir:</b> TL / ay:	<b>Sosyal Güvence:</b> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
<b>Yaşam biçimi (kimlerle yaşıyor, bakıcıları):</b> <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	<b>Ailede ruhsal hastalık ( Sch, ŞAB, Sanrılı boz., İUB)</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var/kimde.....
<b>Hastalığın başlangıç yaşı:</b>	<b>Toplam hastane yatış sayısı:</b>
<b>Hastalığın süresi (yıl):</b>	<b>Toplam yatış günü:</b>
<b>Aile desteği:</b> <input type="checkbox"/> Tam <input type="checkbox"/> Kısmen <input type="checkbox"/> Yetersiz	<b>Son yatış günü:</b>
<b>Günlük sigara tüketimi (son 6 ay):</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var, sayı/gün:	<b>Esrar kullanımı (son 6 ay):</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Arada alıyor <input type="checkbox"/> Düzenli kullanıyor.
<b>Alkol kullanımı (son 6 ay):</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Arada içiyor <input type="checkbox"/> Düzenli içiyor	<b>Diğer madde kullanımı (son 6 ay):</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Arada kullanıyor <input type="checkbox"/> Düzenli kullanıyorsa nedir: .....
<b>Başkasına fiziksel şiddet davranışı (hastalık sonrası)</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<b>Özkıyım girişimi (hastalık sonrası):</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
<b>EKT uygulaması (son 6 ayda):</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var	<b>Adli olay (hastalık sonrası):</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var
<b>Tanı:</b> <input type="checkbox"/> Şizofreni <input type="checkbox"/> Şizoaffektif boz <input type="checkbox"/> İki uçlu boz <input type="checkbox"/> Sanrılı boz <input type="checkbox"/> Şizofreniform boz <input type="checkbox"/> BTA psikotik boz	
<b>Ek ruhsal hastalık:</b> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> MDB <input type="checkbox"/> OKB <input type="checkbox"/> YGB <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> Başka Ruh. Hast. ....	
<b>Ek tıbbi hastalık:</b>	<b>Boy..... Kilo..... BKG:.....</b>
<b>Şimdiki kullanılan ilaçlar:</b>	
<b>Görüşme notları:</b>	

## EK 2

### Klinik Genel İzlenim –Şiddet (KGI-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

## İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD)

Ruhsal sağlık-hastalığın 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	<b>Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.</b>
81-90	<b>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).</b>
71-80	<b>Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklendir 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)</b>
61-70	<b>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.</b>
51-60	<b>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).</b>
41-50	<b>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).</b>
31-40	<b>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 çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).</b>
21-30	<b>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).</b>
20-11	<b>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 gereksinimleri bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).</b>
1-10	<b>Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereksinimleri sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.</b>
0	Bilgi yetersiz

## 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 paylaşıyor musunuz?**  
( ) Hiç paylaşmam ( ) Sorulduğunda paylaşıyorum ( ) Genellikle paylaşıyorum
10. **Kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?**  
( ) Hiç ( ) 2-3 ayda bir ( ) Ayda birden fazla
11. **Akrabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?**  
( ) Hiç yok ( ) 1– 3 kişi ( ) 4 ve üzeri
12. **Arkadaşlarla birlikte piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinlik yapma sıklığınız nedir?**  
( ) Hiç yapmam ( ) 2-3 ayda bir ( ) Ayda en az 1 kez
13. **Spor amaçlı etkinlik (halı saha maçı, tempolu yürüyüş, bisiklete binme, yüzme vb.) yapma sıklığınız nedir?**  
( ) 2-3 ayda bir ya da daha az ( ) Ayda 1- 2 kez ( ) Haftada en az 1 kez
14. **Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?**  
( ) Ayda 1- 2 kez ya da daha az ( ) Haftada 1-2 kez ( ) Hemen her gün
15. **Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?**  
( ) Ayda 1- 2 kez ya da daha az ( ) Haftada 1-2 kez ( ) Hemen her gün
16. **Toplu taşıma araçlarını ya da özel aracınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?**  
( ) Ayda 1- 2 kez ya da daha az ( ) Haftada 1-2 kez ( ) Hemen her gün
17. **İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?**  
( ) Yapmam ( ) Yardımla yaparım ( ) Kendim yaparım
18. **Gelirimize göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?**  
( ) Yapmam ( ) Yardımla yaparım ( ) Kendim yaparım
19. **Çalışma durumunuz nedir?**  
( ) Çalışmıyorum ( ) Destekli çalışıyorum ( ) Düzenli bir işte çalışıyorum  
**(Öğrenci ise derslere katılma)**  
( ) Katılmıyorum ( ) Arada katılıyorum ( ) Düzenli katılıyorum  
**(Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)**  
( ) Yerine getiremiyorum ( ) Yardıma ihtiyaç duyuyorum ( ) Kendim yerine getiriyorum

## EK 5

### ZARİT BAKICI YÜK ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: “Asla”, “nadiren”, “ara sıra”, “oldukça sık”, “nerdeyse her zaman” şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça sık	Nerdeyse her zaman
1- Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2- Yakınınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3- Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4- Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5- Yakınınızın geleceği ile ilgili korkuyor musunuz?	1	2	3	4	5
6- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7- Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
8- Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
9- Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10- Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11-Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
12-Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
13-Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14-Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
15-Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16-Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
17-Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18-Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabiliydim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19-Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5



## EK 7

## 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	pokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Olgu Danışmanlığının Sonuçları: Bir Pilot Uygulama			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2016/298			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Prof. Dr. Mustafa Yıldız			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD			
	Destekleyici				
	Araştırmacının 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	Yük	Açıklama
		Başvuru Dilekçesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Başvuru Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gözlemsel Çalışma
	Araştırma Protokolü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input checked="" 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"/>	

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2016/298	Proje No: 2016/19-4	Tarih: 16/11/2016
	Prof. Dr. Mustafa Yıldız 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 checked="" type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*			

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23-20); 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 ilişki		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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kokluoğlu
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aslıhan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kokluoğlu

\* Gerekçe ve öneriler:

## 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!) ad, program, yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalandı (Enstitü Müdürü'nn imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- n sayfalara i, ii, 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 şekilde 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.

25.07/2019

Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

