

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ A.D.**

**ŞİZOFRENİK HASTALARA UYGULANAN SORUN ÇÖZME BECERİLERİNİ
GELİŞTİRME PROGRAMININ YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL İŞLEVSELLİK
DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şenay AKPINAR

**Danışman Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Meral KELLEÇİ**

**2008
SİVAS**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

I. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI.....	1
II. ARAŞTIRMANIN AMACI	6
III. GENEL BİLGİLER	7
3.1. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Bakımı ve Tedavisindeki Güncel Yaklaşımlar	7
3.2. Sorun Çözme ve Önemi.....	11
3.3. Sorun Çözme Becerisi ve Şizofreni.....	13
3.4. Sosyal İşlevsellik ve Şizofreni	15
3.5. Yaşam Kalitesi ve Şizofreni.....	16
3.6. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Sorun Çözme Becerilerinin Geliştirilmesinde Psikiyatri Hemşiresinin Sorumlulukları.....	19
IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	22
4.1. Araştırmanın Şekli.....	22
4.2. Araştırmanın Yeri.....	22
4.3. Araştırmanın Evreni	22
4.4. Araştırmanın Örneklemi	22
4.5. Araştırmanın Hipotezleri	25
4.6. Verilerin Toplanması.....	25
4.7. Veri Toplama Formları.....	25
4.7.1. Kişisel Bilgi Formu	25
4.7.2. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ)	26
4.7.3. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ)	26
4.7.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF)	27
4.7.5. Sosyal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği SİÖ (The Social Functioning Scale SFS)	28

4.8. Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programı	29
4.9. Uygulama.....	30
4.10. Verilerin Değerlendirilmesi	33
V. BULGULAR	34
VI. TARTIŞMA	60
VII. SONUÇLAR.....	72
VIII. ÖNERİLER	75
IX. ÖZET	76
X. SUMMARY	78
XI. KAYNAKLAR.....	80
EKLER.....	94
EK-I.....	95
EK-II.....	96
EK-III	101
EK-IV	107

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubunun Bireysel Özelliklerinin Karşılaştırılması	35
Tablo2. Deney ve Kontrol Grubunun Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Karşılaştırılması	37
Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubunun SAPS ve SANS Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4. Deney Grubundaki Hastaların Uygulama öncesi, Uygulama Sonrası ve Uygulamadan 3 ay sonra SAPS Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 5. Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 ay sonra SAPS Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 ay sonrası SAPS Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 7. Deney Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 ay sonra SANS Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 8. Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 ay sonra SANS Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve Uygulamadan 3 ay sonrası SANS Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 10. Deney Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 ay sonra WHOQOL-BRIEF Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 11. Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 ay sonra WHOQOL-BRIEF Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52

Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 ay sonrası WOQOL-BRIEF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 13. Deney Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 ay sonra Sosyal İşlevsellik Genel ve Alt Grup Madde Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 14. Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 ay sonra Sosyal İşlevsellik Genel ve Alt Grup Madde Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması.....	57
Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 ay sonrası SİÖ Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58

I. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI

Sorun, bireyin bir hedefe ulaşmada engellenme ile karşılaştığı bir çatışma ve bu hedefe ulaşmak için çeşitli çözümler bulmasını gerektiren bir durumdur. Genel olarak sorunlar gerçek durum ile arzulanan durum arasındaki uyumsuzluktan kaynaklanmaktadır (Cheng 2001). Sorunlar etkili bir şekilde çözümlendiğinde bireyin yaşamı güçleşmekte ve başatmak durumunda kalacağı yeni problemler ortaya çıkabilmektedir (Miller 1989, Revheim ve ark. 2006, Özkök 2005).

Sorun çözme, bireyin amaç, ihtiyaç, değer, inanç, beceri, alışkanlık ve tutumları ile ilgili olarak, bilişsel, duygusal ve davranışsal etkinlikleri içeren, düşünme, muhakeme etme, verileri organize etme, planlama, kendi kendini denetleme ve esnek düşünme eylemlerine karşılık gelen bir süreçtir (D’Zurulla 1988, Benson 1995). Günlük yaşamda kişisel problem çözme, iç ya da dış isteklere uyum sağlamak amacı ile bilişsel ve duygusal işlemleri bir hedefe yönelterek davranışsal tepkilerde bulunma olarak tanımlanmaktadır (Falloon 2000). Sorun çözme kavramına davranışsal açıdan bakıldığında, bireyin sorun davranış karşısında daha önceki davranış şeklini değiştirdiği öğrenmenin bir şekli olarak görülmektedir. Sosyal öğrenme alanında sorun çözme kendini yönetme süreci olarak tanımlanırken, ruh sağlığı alanında ise, etkili davranışların belirlenmesine yardımcı olan genel baş etme stratejilerinin elde edilmesi süreci olarak bilişsel stratejileri içeren kapsamlı ve çok boyutlu bir süreç olarak ele alınmaktadır (D’Zurulla 1988, Hawton ve Kirk 1989, Nezu ve Ronan 1988).

Sorun yaratan durum çevreden ya da kişinin kendisinden kaynaklanabileceği gibi, bireysel farklılıklar da bu durum üzerinde etkili olmaktadır. Aynı olaya farklı kişiler farklı tepkiler gösterebilmektedirler (Pearce ve ark. 2005, Miller 1989). Bu nedenle sorun çözmeye en önemli unsur, bireyin karşı karşıya kaldığı durumu algılama biçimidir. Sorunu çözmek için gereken çabalar bilişsel süreçle doğrudan ilişkilidir. Sorunu çözmek için “düşünmek” temel koşuldur. Sorun çözme düşüncenin uygulamaya geçirilmesidir ve bu uygulamalı düşünme türü düşünmenin diğer iki türüyle de yakın ilişki içindedir. Bunlar yaratıcı “creative” düşünme ve eleştirel

“critical” düşünmedir. Yaratıcı ve eleştirel düşünme; araştırmacı, sorgulayıcı düşünme türleridir ve hem kendi doğaları gereği hem de sorun çözme amacına yönelik sorgulama ve bilgi toplama süreçlerini gerçekleştirirler (Blanchard ve ark. 2004, Hogarty ve ark. 2004, Rushe ve ark. 1999).

Ruhsal sorunları olan bireyler algılama, kavrama, kritik etme, sorgulama becerilerinde yaşadıkları güçlükler nedeniyle sorun çözmeye yönelik eylemlerde yetersizlik yaşamaktadırlar (Sadock 2005, Holoday-Worret 1996, Rushe ve ark. 1999, Zanello ve ark. 2003). Yapılan çalışmalarda da depresyon, anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, şizofrenik bozukluk, bipolar bozukluk gibi ruhsal bozukluğu olan bireylerin sorun çözmeye güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (Chadwick ve Lowe 1994, Hawton ve Kirk 1989, Medalia ve ark. 2000, Miller 1989, D’Zurilla 1988, Gülseren 2002). Sorun çözmeye güçlük yaşayan bireyler günlük stresli olaylarla etkili bir şekilde baş edememekte, öfke kontrolünü sağlayamamakta, aile bireyleri ile işbirliğine girememekte ve hastalık semptomlarıyla baş etme, ilaç kullanma, düzenli kontrol gibi önemli bileşenleri gözardı etmektedirler. Dolayısıyla bu bireylerin yaşam kaliteleri olumsuz olarak etkilenmektedir. Bu nedenle ruhsal sorunları olan bireylerin sorun çözme becerilerini geliştirmek amacıyla çeşitli programlar uygulanabilmektedir (Fallon 2000, Bedel ve ark. 1998).

Sorun çözme becerilerini geliştirmeye yönelik programlar ilk kez 1960’ların sonu ve 1970’lerin başında, klinik psikoloji ve psikiyatrinin bünyesinde gelişmeye başlamıştır. Bu tarihten günümüze kadar, klinik ve davranış psikolojisi, psikiyatri ve sosyoloji literatüründe sorun çözmeye yönelik tedavi programlarına sıkça rastlanmaktadır (D’Zurilla 1988, Nezu ve Ronan 1988, Benson 1995, Fossati ve ark. 2001). Spesifik sorun çözme stratejileri, depresyon, mani, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı, uyku problemleri olan bireylerin sosyal işlevsellik, aile işlevselliği, iletişim yeteneklerini ve sıkıntı yaratan durumlarla baş edebilme yeteneklerini artırmak amacıyla kullanılmaktadır (Chadwick ve Lowe 1994, Hawton ve Kirk 1989, Medalia ve ark. 2000, Miller 1989, D’Zurilla 1988). Yapılan çeşitli çalışmalarda da sorun çözme becerilerinin geliştirilmesinin ruhsal sorunları olan bireylerin toplumda daha uyumlu oldukları ve hastalıkları ile daha etkili baş ettikleri belirlenmiştir (Medalia ve ark. 2000, Medalia

ve ark. 2002, Yamashita ve ark. 2005). Şizofreni gibi psikotik bozukluğu olan bireylerin sorun çözme becerilerinin geliştirilmesine yönelik sınırlı sayıda çalışmalara rastlanmaktadır (Favrod ve ark. 2000, Medalia ve ark. 2000, Hultman ve ark. 2003, Üçok ve ark. 2006, Medalia ve ark. 2002).

Her geçen gün şizofreni hastalarının sayısı artmaktadır. Şizofreninin ömür boyu yaygınlığı %1-1,5'tur. Şizofreni, nedeni iyi bilinmeyen, insanın duygu, düşünce ve davranışlarında önemli bozukluklarla seyreden, kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısını önemli ölçüde etkileyen birtakım değişikliklere sebep olan, beynin yapısında fizyoloji ve kimyasında önemli değişikliklerin olduğu kompleks bir hastalıktır (Sadock 2005, Öztürk 2004). Dolayısıyla şizofrenik bozukluğu olan bireylerin bilişsel yetilerinde azalma ve nörobilişsel yetersizlikler nedeniyle, anlama, kavrama, dikkat, hatırlama gibi düşünme ile ilgili fonksiyonlarında bozulmalar meydana gelmektedir (Lawrence ve ark. 2006, Milev ve ark. 2005). Bedel ve ark. (1998) tarafından yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının sorun çözme becerilerinin ve iletişim yeteneklerinin yetersiz olduğu sonucu vurgulanmaktadır. Çoğu şizofreni hastası pozitif ve negatif belirtilerinin yanı sıra sosyal izolasyon, öz bakım yetersizliği, özkıyım düşüncesi ve depresyonla karşı karşıyadırlar. Kendilerini çoğu zaman yalnızlığa itilmiş ve damgalanmış hissetmektedirler (Coffey 1998, Özcüler 2004, Yıldız ve ark. 2005). Bu nedenle şizofrenik bozukluğu olan bireylerin kendilerini idare etme, duygularını denetleme, yargılama, iletişim kurma, bağımsız işlev görme, mesleki performans ve insanlar arası etkileşimleri olumsuz olarak etkilenmektedir (Harvey ve ark. 2005, Özcüler 2004, Revheim ve ark. 2006). Yeterli bakım ve tedaviyi göremediklerinde ise bu bireyler genel olarak çevreye bağımlı, kendine bakım becerileri azalmış ve çevresel etkilere açık, hastalık tekrarına yatkın ve günlük yaşama uyum için gerekli olan becerilerini kullanamaz olarak yaşantılarını sürdürmektedirler. Bu durum şizofrenik bozukluğu olan bireylerin sosyal işlevsellik düzeyleri ve yaşam kalitelerinin bozulmalarına neden olmaktadır (Danacı ve ark. 2005, Norman ve ark. 2000).

Sosyal işlev yetersizliği, şizofrenik bireylerin sosyal hayata katılım sürecini ya da yaşam kalitesini belirleyen önemli bir süreçtir (Yamashita ve ark. 2005). Bu sorunlar antipsikotik tedaviyle çözülememektedir (Medalia ve ark. 2002, Tarrier ve

ark. 1998). Ayrıca tek başına ilaç tedavisi uygulamalarının kişinin yaşam kalitesini bozan tekrarlamaları önlemede yetersiz kaldığı da bilinmektedir (Doğan ve ark. 2002, Hogarty ve ark. 2004). Bu nedenle şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların tedavinin vazgeçilmez bir unsuru olduğu, ancak ilaç tedavisinin sorunları çözmekte tek başına yeterli olmadığı; ilaç tedavisinin, sosyal destek programları, beceri eğitimi, sorun çözmeye yönelik yaklaşımlarla birlikte ele alınmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır (Gaiter ve ark. 2002, Medalia ve ark. 2000, Pinikhanova ve ark. 2002).

Revheim ve Medalia (2004) yaptıkları bir çalışmada şizofreni hastalarının bilişsel işlevlerinde azalma olduğunu, toplumsal statülerinin olumsuz yönde etkilendiğini ve bu nedenle de bu bireylerin sorun çözme becerilerinin geliştirilmesinin önemli olduğunu belirtmektedirler. Şizofreni hastalarının, bir sorunun ortaya çıkıp çıkmadığına karar verme durumlarında davranışsal bilgiyi daha az kullandıkları ve bu nedenle sosyal beceri eğitim programlarının bireylere, bir sorunun varlığını belirlemede davranışsal bilgileri kullanmayı öğrettiği vurgulanmıştır (Chan ve Leung 2002, Köhn ve ark. 2005, Merinder 2000, Minnassian ve Perry 2003).

Yapılan bazı çalışmalarda sorun çözme eğitimi uygulanan hastaların 2/3'ünün devam eden öğretimin ikinci yılı sonunda şizofreninin tüm klinik belirtilerinden tam olarak kurtulduğu, diğer bir çalışmada ise hastaların %40'ının herhangi bir sosyal yetersizlik belirtisi göstermeden işlevlerini sürdürdüğü görülmüştür. (Bedel ve ark. 1997, Falloon 2000, Medalia ve ark. 2000). Nitekim şizofreni hastalarına ve diğer önemli ruhsal bozuklukları olan hastalara sorun çözme ve iletişim becerileri kazandırmayı amaçlayan bazı çalışmalarda, tekrarlı yatışların azaldığı, baş etme stratejilerinde artış olduğu, daha az belirti ve olumlu sonuçlar olduğu belirtilmektedir (Bedel ve ark. 1999, Chadwick ve Lowe 1994, Revheim ve Medalia 2004, Üçok ve ark. 2006). Tarrier ve ark. (1998) tarafından yapılan bir çalışmada, baş etme stratejisi geliştirme ve sorun çözme eğitiminin relaplara etkisine bakılmıştır. Çalışmanın sonucunda anlamlı düzelmeler kaydedilmiş, belirtilerin %50 veya daha fazla oranda düzeldiği gözlemlenmiştir. Ancak sorun çözme becerilerini geliştirmenin şizofreni

hastalarının sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemeye yönelik çalışmalara rastlanmamıştır.

Hemşireler gerek klinik ortamlarda gerekse toplumda bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme, rehabilite etme amacına yönelik olarak çalışan en büyük sağlık profesyonelleri grubudur. Hemşireler bütüncü yaklaşımla ruhsal hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonunda aktif olarak görev alırlar. Özellikle klinik ortamlarda hemşireler hastaların beslenme, hareket, uyku ve boşaltım gibi fonksiyonel sağlık örüntülerini yerine getirmesi, günlük yaşam becerilerini geliştirmesi, iletişim ve sorun çözme becerilerini artırması ve sosyalizasyonu sağlamada önemli sorumluluklar üstlenmektedirler (Fortinash, Holoday-Worrey 1996, McFarland ve Thomas 1991). Yapılan bir çalışmada, psikiyatri hemşirelerinin şizofreni hastalarının sıkıntılı psikotik belirtileri ve ilgili problemlerini değerlendirme ve yönetmede hastaya yardım edecek en iyi pozisyondaki sağlık profesyonelleri oldukları söylenmiştir (Chan ve Leung 2002).

Ülke gerçekleri ve gözlemlerimiz şizofreni hastalarının belirtilerinin alevlendiği dönemde klinikte yatarak tedavi gördüklerini ve akut dönem genellikle ilaç tedavisi ile yatırıldıktan sonra ailelerinin yanına döndüklerini göstermektedir. Dolayısıyla hastalara yönelik psikososyal programların yetersiz kalmasının sonucunda birey, aile ve toplum içerisinde sınırlı ve bağımlı bir şekilde yaşantısını sürdürmek durumunda kalmaktadır. Oysa akut dönem geçtikten sonra hastaların sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi onların sosyal işlev görme düzeylerini geliştirebileceği gibi yaşam kalitelerinin artmasına da katkı sağlayabilir (Roder ve ark. 2002, Revheim ve Medalia 2004, Yamaguchi ve ark. 2006). Bu nedenle hastaların sorun çözme becerilerinin geliştirilmesinin yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliği artıracığı düşünülerek bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

II. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı; Şizofreni hastalarına uygulanan sorun çözme becerilerini geliştirme programının yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik düzeylerine etkisini belirlemektir.

III. GENEL BİLGİLER

3.1. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Bakımı ve Tedavisindeki Güncel Yaklaşımlar

Şizofrenik bozukluklar bireyde duygulanım, düşünce, algılama, davranış, kişilerarası ilişkiler, iş yaşamı gibi alanları olumsuz etkileyen; yeti yıkımına neden olan, relapslarla giden kronik belirtiler kümesi olarak tanımlanmaktadır (Doğan 2002, Öztürk 2004). Şizofreni, psikiyatrik bozukluklar içinde yaygın olarak görülen, tüm dünyada popülasyonun yaklaşık %1'ini etkileyen kronik bir hastalıktır (Erkoç ve ark. 2001).

Şizofrenide görülen birçok belirti, hastaların çeşitli yaşam alanlarının da olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Pozitif belirtiler (delüzyonlar, halüsünasyonlar, dezorganize konuşma, katotoni), negatif belirtiler (duygusal küntlük, alogia, avoliation, anhedoni, sosyal çekilme), komorbid durumlar (mood bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, anksiyete, agresyon) ve bilişsel yetersizlikler (dikkat, hafıza, yönetimsel işlevler) hastada kendine bakımın ve sosyal işlevselliğinin bozulmasına aynı zamanda da psikososyal işlevselliğinin ve yaşam kalitesinin belirgin olarak azalmasına neden olmaktadır (Takahashi ve ark. 2005). Şizofrenik bozukluğu olan birçok hasta, hastalığın sosyal işlev görmeyi bozması nedeniyle çalışmamakta, aile kuramamakta, dolayısıyla bağımlı bir aile üyesi olarak yaşamakta, diğer insanlardan farklı davrandıkları ve göründükleri için toplumdan dışlanmakta ve izole edilmekte, başarısızlık korkusu ile çekingen davranmakta, karşılaştıkları sorunları çözmekte zorlanmakta ve yalnızlık yaşamaktadır (Bora ve ark. 2006, Soygür 2003).

Şizofreni hastalığı olan çoğu birey relapslardan sonra başlangıçtaki işlevsellik düzeyine dönememektedirler. Yapılan çalışmalar şizofreni tanısı konan hastaların %20'sinin tamamen iyileştiğini, %20'sinin tekrarlayan akut ataklar yaşadığını, %40'ının kronikleştiğini ve yaklaşık %10-15'inin intihar ettiğini göstermektedir (Nasrallah ve Smeltzer 2005, Öztürk 2004).

Şizofreni hastaları, oldukça sık hastane yatışları yaşamaktadır. Hastaneye yatış bireyin ve ailenin sorunla baş edemediğinin, duruma uyum yapamadığının bir

göstergesidir. Şizofreninin değişkenliği ve belirtilerin değişkenliği hasta, aile ve toplum üzerinde ağır bir yük oluşturmakta; kapsamlı, bireye özgü, çok boyutlu tedavi yaklaşımını gerektirmektedir (Doğan ve ark. 2002, Özel Kızıl 2006).

1960'lı yıllarda şizofrenik bozukluklarda psikodinamik etkenlerin ve aile içi ilişkilerin önemi üzerinde duruluyordu. Ancak 1970'li yılların sonunda biyolojik araştırmaların sonuçlarına dayanılarak; şizofrenik bozuklukların nörobiyolojik bir hastalık olduğu ve tedavisinin de biyolojik olarak yapılması gerektiği öne sürüldü. İlaç tedavisinin tek başına yeterli olmaması ve bu bozukluklarla ilgili bilgi birikiminin artması, birden çok tedavi yönteminin bir arada kullanılmasının gerekli olduğunu gösterdi (Doğan ve ark. 2002). İlaç tedavisine psikolojik tedavi yöntemlerinin eklenmesinin tedaviye uyumu artıracığı yapılan bazı çalışmalarda da belirtilmektedir öne sürülmüştür (Aker ve Yazıcı 2000, Doğan ve ark. 2002, Öztürk 2004, Brenner ve Pfammatter 2000, Torres ve ark. 2002, Üçok ve ark. 2006, Yıldız 2005, Halford ve Hayes 1991).

Şizofrenik bozuklukların tedavi girişimleri kapsamlı, çok yönlü, hastaların tedaviye verdiği yanıt ve ilerlemesine göre değiştirilebilir olmalıdır. Günümüzde de şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların tedavinin vazgeçilmez bir unsuru olduğu, ancak ilaç tedavisinin sorunları çözmekte tek başına yeterli olmadığı, ilaç tedavisinin sosyal destek programları, beceri eğitimi, sorun çözmeye yönelik yaklaşımlarla birlikte ele alınmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır (Gaite ve ark. 2002, Medalia ve ark. 2000, Pinikhana ve ark. 2002).

Hastalığın alevlenme ve yinelenmelerinin önlenmesinde ya da en aza indirilmesinde hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında eğitim programlarının etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir (Yıldız 2005, Herz ve ark. 2000, Üçok ve ark. 2006, Marder ve ark. 1996, Hogarty ve ark. 1991). Şizofreni hastalarının hastalıkları, hastalıklarının tedavisi ve hastalıklarıyla yaşama konularında bilgilendirilmeleri ve eğitilmeleri tedavinin önemli bir bileşenidir (Chien ve Norman 2003).

Hastalığın ilk yıllarında şizofreni hastalarının işlevselliklerindeki yıkım iyi bilinmekte, sanrı ve varsanılar iyi kontrol edilse bile geri döndürmek çok zor

olabilmektedir. Eski antipsikotiklerin kognitif işlev bozukluğu üzerine minimal etkileri vardır ve bu nedenle hastaların öğrenmelerine, hatırlamalarına ve beceri ve içgörülerini uygulamalarına izin vermemektedir. Sağlıklı kognitif işlevler olmadan (dikkat, sözel bellek, görsel uzamsal beceriler, motor beceriler ve yürütücü işlevler) üretici ve bağımsız bir yaşam sürdürmek zordur. Birçok çalışmada kognisyonu düzelttiği gösterilen atipik antipsikotiklerin yeni kuşağı şizofreni hastalarında psikososyal terapilerin içeriğini desteklemekte ve yaşamlarında baş etme becerilerine ve günlük alışkanlıklarına döndürmelerini sağlamada ümit verici olduğu gösterilmektedir (Üçok ve ark. 2006, Yıldız 2005, Anders 2000). Antipsikotik ilaçlara iyi yanıt veren hastalarda bile toplumsal ilişkilerde sınırlılık, yaşam kalitesinde kötüleşme, bilişsel belirtiler, iş kaybı ya da iş veriminde düşme, sosyal işlevsellikte bozulma görülebilmektedir (Heinssen ve ark. 2000). Bu sonuç, antipsikotik ilaçların etkisinin şizofrenik bozukluklarda sınırlı olduğunu göstermektedir. Şizofreninin toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti yüksek olan bir hastalık olduğunu, bu maliyeti azaltmanın yolunun nüks oranının azaltılması, toplum içinde tedavi anlayışının yaşama geçirilmesi, antipsikotiklerin psikososyal tedavi yöntemleri ile entegre edilerek uygulanması ile mümkün olacağı vurgulanmıştır (Doğan ve ark. 2002).

Şizofreni tedavisinin niteliğini artırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için hastalıkla ve hastalığın tedavisi ile ilgili yaşamsal zorluklarla baş etme yöntemlerini öğrenerek bunları birer beceri haline getirip günlük pratiğe geçirebilmek hastalar için birçok sorunun çözümü anlamını taşımaktadır. Becerilerin artırılması, iyileştirilmesi ya da yenilerinin kazanılmasının işlevselliği geliştireceği düşünülmektedir (Yıldız 2001, Liberman ve ark. 1993).

Şizofrenide hastaların tedaviye uyumlarını artırmak, hastalıkla geçen süreyi azaltmak, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesini yükseltmek için çeşitli ruhsal ve toplumsal tedavi girişimleri uygulanmaktadır (Yıldız ve ark. 2005, Heinssen ve ark. 2000, Mueser ve ark. 1994). Son yıllarda şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımların uygulanmasında ve bunların etkisiyle ilgili araştırmalarda hızlı bir artış vardır. Yeni teknikler geliştirilmekte, kontrollü çalışmalarla bunların etkinlikleri araştırılmaktadır (American Psychiatric Association 1997, Aker 2001, Sungur 2001,

Yalnız 1999). Şizofrenik bozuklukların tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımlar arasında aile psikoeğitimi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, sosyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma programları ve bilişsel davranışçı tedaviler yer almaktadır. Hepsinde de ortak amaç hastalığın yıkıcı etkisini azaltarak hastaların toplumsal ve bağımsız yaşamalarını sağlamaktır (Liebermann ve Kopelowicz 1995, Hogarty ve ark. 2004, Takahashi ve ark. 2005). Bazı çalışmalarda da hastalara uygulanan toplumsal beceri eğitimi ve bilişsel davranışçı tedavi tekniklerini kullanan programların standart tedavilere ya da destekleyici tedavi, uğraş tedavisi gibi diğer ruhsal ve toplumsal girişimlere üstün olduğu gösterilmiştir (Liebermann ve ark. 1998, Roder ve ark. 2002).

Bu tedaviler psikososyal rehabilitasyon kavramı altında yer almaktadır. Liberman ve Kopelowicz (1995) psikososyal rehabilitasyonu, ruhsal hastalığı olan bireylerin kapasitelerini, öğrenme prosedürleri ve çevresel destek yoluyla en üst düzeye çıkararak, hastayı cesaretlendiren terapötik bir yaklaşım olarak tanımlamaktadır (Bachrach 2000, Seviçok 2000). Psikiyatrik rehabilitasyon çalışmaları ruhsal bozukluğu olan hastalarda yeti yitiminin azaltılmasına, ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevselliğin artırılmasına, sonuç olarak yaşam kalitesinin yükseltilmesine odaklanmaktadır (Liebermann ve ark. 1998). Hastaların hasta kimlikleri dışında toplumsal bir birey olabilmelerini sağlamak ve kişiliklerine yeni boyutlar katabilmek rehabilitasyonun temel amaçlarından biridir. Hastanın kendisini toplum içerisinde bağımsız bir birey olarak algılaması ve faal olması için yapılacak olan her girişim rehabilitasyon hizmetleri içerisinde değerlendirilmektedir (Lieberman ve ark.1998, Rossi ve ark. 1997). Ruhsal toplumsal rehabilitasyonda hastaların yeterlilik düzeyini artırmak için beceri eğitimi, aile eğitimi, akran desteği, meslek kazandırma ve hasta-toplum etkileşim kaynaklarını artırma gibi girişimler düzenli ve organize bir şekilde uygulanmalıdır (Bailey 1999, Benton ve Schroeder 1990).

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gibi ciddi ruhsal rahatsızlığı olan hastaların sosyal işlevselliklerini ve yaşam kalitesini artırmak için toplum içerisinde yürütülen çeşitli rehabilitasyon çalışmaları bulunmaktadır. Bu alanda 2-4 ay gibi kısa süreli programların yaşam kalitesinin artmasında etkisi olsa bile klinik durumda belirgin bir değişikliğe neden olmadığı bilinmektedir (Matsui ve ark. 2008, Fan ve

ark. 2008). Ancak Ruhsal Toplumsal Rehabilitasyon Kulüp-evi, Toplumda Yaşama Programı ve Olgu Yönetimi gibi toplum içerisinde rehabilitasyon amaçlı yürütülen programların birkaç yıl gibi uzun süreli uygulamalarının hastaların klinik düzelmelerinde, işlevselliklerinin artmasında ve öznel iyilik hallerinin devamında etkili oldukları bildirilmektedir (Bailey 1999, Battal ve Özmenler 1998, Bai ve ark. 2004). Toplum içerisinde uygulanan ruhsal toplumsal rehabilitasyon programlarının hastaların hastaneye yatışlarını azaltarak tedavi maliyetini de önemli ölçüde düşürdüğü bilinmektedir (Mueser 1994, Muijen 1993, Murphy ve ark. 1995, Okay 2000).

3.2. Sorun Çözme ve Önemi

Bireyler, günlük ve mesleki yaşantılarında, sürekli olarak sorunlarla iç içe yaşarlar. Karşılaşılan sorunların hızlı ve etkili olarak çözebilmesi için yeni yöntem ve stratejiler geliştirilmelidir. Sorun çözmeye bireysel başarı, kişilerin günlük hayatlarında karşı karşıya kaldıkları sorunların esiri olmadan, sorunu akılcı bir yaklaşımla analiz etmelerine ve sorunu yaratan nedenleri gerçekçi olarak belirleyip çözmelerine bağlıdır (Özkök 2005, Wong ve ark. 2002, Zanello ve ark 2006).

Sorun çözme becerisi, bireyin birey olma ve çevresiyle başetme sürecinde en belirleyici rollerinden birisidir. Çünkü birey çevresiyle ve sorunlarıyla kendi gücüyle, kendi sorun çözme gücü çerçevesinde baş etmek zorundadır. Bunun oluşmasında da kişinin sorunlarıyla etkili bir biçimde baş etme konusundaki kendini değerlendirmesi son derece önemli rol oynamaktadır. Öyle ki, sorun çözmeye olumlu benlik algısına sahip olan kişiler, gerçek sorun çözme becerisinde de çok daha başarılı olabilecektir. Çünkü, “ben sorunlarımla baş edebilirim, bu sorunlar başa çıkılamayacak korkutucu şeyler değil, bunlarla baş edebilmek büyük ölçüde bana bağlı” vb. düşünceler içinde sorunlarına eğilen, akılcı bir bakış açısıyla yaklaşan kişinin, sırf bu yaklaşımı bile, daha sağlıklı düşünebilmesini ve etkili çözümleri bulabilmesini sağlayıcı olabilmektedir (Özkök 2005, Üçok ve ark. 2006, Favrod ve ark. 1999).

Sorun kavramıyla ilgili literatür incelendiğinde birbirinden farklı pek çok tanım olduğu görülmektedir. Gelbal’a göre (1991) sorun, insan zihnini karıştıran, ona

meydan okuyan ve inancı belirsizleştiren her şey olarak tanımlanır. Bingham'a göre (1998) sorun, bir kişinin istenilen hedefe ulaşmak amacıyla topladığı mevcut güçlerinin karşısına çıkan engeldir. Morgan (1999) sorunu, bireyin bir hedefe ulaşmada engellenme ile karşılaştığı bir çatışma durumu olarak tanımlar (Özkök 2005).

Sorun çözmenin de değişik tanımları yapılmıştır. Heppner ve Krouskopf (1987) sorun çözmeyi karışık içsel ve dışsal istek ve arzuların uyumu için bilişsel ve etkili davranışsal süreçler; Bingham (1998), belli bir amaca ulaşmak için karşılaşılan güçlükleri ortadan kaldırmaya yönelik bir dizi çabayı gerektiren bir süreç; Morgan (1999) ise, karşılaşılan engeli aşmanın en iyi yolunu bulmak olarak tanımlamaktadır. Sorun çözmeye, kişinin sorunu hissettiğinden ona çözüm buluncaya kadar geçirdiği bir süreçtir. Sorun ile başa çıkmada, kişinin problemleri çözmeye yeteneği, kendini bilişsel olarak değerlendirmesine ve büyük ölçüde soruna yoğunlaşmasına bağlıdır (Özkök 2005).

Kişisel sorunların çözümünde bireylerin kendi kişilik özellikleri ve farklılıkları önemlidir. Sorun çözmeye ile psikopatoloji veya uyumsuz davranışlar arasındaki ilişkiler uzun yıllardan beri araştırılmaktadır. Nezu ve Ronan (1986) sorun çözmeye yeteneğinin, ruh sağlığının kritik bir bileşeni olduğunu vurgulamışlardır.

Yukarıda belirtildiği gibi sorun çözmeye, belirli bir durumla başa çıkabilme için etkili seçenekleri oluşturmayı, birini seçmeyi ve uygulamayı içeren bilişsel ve davranışsal bir süreçtir. Belirli bir sorunla karşılaşıldığında, analiz etme ve karar verme becerisi önem kazanır. Bununla birlikte, bireyler farkında olmadan kendi kişilikleri, yetiştirilme tarzları ve okulda öğrendikleri ile kendi kişisel sorun çözmeye ve karar verme yöntemlerini geliştirirler (Özkök 2005). Aslında sorun çözmeye becerisi, diğer beceriler gibi öğrenilebilir bir beceridir. Bu nedenle, kişisel sorunların çözümünde gerekli olan ilk şey, sorun çözmeye sürecinin bilinmesidir.

Sorun çözmeye becerisine sahip olan kişilerin özelliklerini Koberg ve Bagnal (1981) şöyle sıralamaktadır: Yenilikçi, tercih ve kararlarını açıkça belirten, sorumluluk duygusuna sahip, esnek düşünen, cesaretli ve maceracı, farklı fikirler ortaya koyan, kendine güvenen, ilgi alanları geniş, mantıklı ve nesnel davranan, rahat

ve duygusal, etkin ve enerji dolu, yaratıcı, üretici ve eleştirel bir yapıya sahip olma. Sorunlarını etkili çözemeyen bireylerin, etkili sorun çözme becerisine sahip bireylere göre, daha fazla kaygılı ve güvensiz oldukları, başkalarının beklentilerini anlamada yetersiz kaldıkları ve daha fazla duygusal sorunlarının olduğu belirtilmektedir (Heppner ve ark. 1985, Özkök 2005). Ayrıca, etkisiz sorun çözenin, stres verici durumlara ve psikolojik uyumsuzluklara neden olacağı da vurgulanmaktadır (Fossati ve ark. 2004).

Sorun çözme sürecinin gerektirdiği davranış kategorisi, sorundan soruna ve bireyden bireye farklı olsa bile sorun çözme sürecinin belli genel ve temel aşamaları vardır. Genel olarak sorun çözme süreçleri için kullanılan modeller, John Dewey'in 1910'dan beri kullanılan modelinin az çok değiştirilmiş biçimleridir. Sorun çözme yöntemi, sorunu anlama ve tanımlama, varsayımsal bir çözüm biçimi tasarlama, bu çözüm biçimini doyurucu kanıtlar buluncaya kadar deneme gibi etkinlikleri kapsayan düşünme ve uygulama yoludur (Lieberman 1992, Cheng 2001, Bechdolf ve ark. 2004). Bu süreç, yaratıcı ve bilimsel düşünme yeteneğini gerektirir. Stevens ve Bingham (1998) sorun çözme sürecinin aşamalarını sorunun anlaşılması, gerekli bilgilerin toplanması, sorunun temeline inilmesi, veri toplanması, çözüm yollarının ortaya konulması, en iyi çözüm yolunun seçilmesi, sorunun çözülmesi ve değerlendirilmesi olarak tanımlarken; Libermann (1998) sorun çözenin aşamalarını sorunun belirlenmesi, kaynak ve desteklerin belirlenmesi, sorunun çözüm yollarını belirleme, avantaj ve dezavantajları belirleme, en iyi çözüm yolunun seçilmesi, seçilen çözümün uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi olarak tanımlamaktadır.

3.3. Sorun Çözme Becerisi ve Şizofreni

Şizofreni, daha önce de belirtildiği gibi, nedeni iyi bilinmeyen, insanın duyu, düşünce ve davranışlarında önemli bozukluklarla seyreden, kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısını önemli ölçüde etkileyen birtakım değişikliklere sebep olan, beynin yapısında fizyoloji ve kimyasında önemli değişikliklerin olduğu karmaşık bir hastalıktır (Sadock 2005, Öztürk 2004, Milev ve ark. 2005). Şizofreni hastalarının bilişsel yetilerinde azalma ve nörobilişsel yetersizlikler nedeniyle

algılama, kavrama, kritik etme, sorgulama, dikkat gibi düşünme ile ilgili işlevlerinde bozulmalar meydana gelmektedir (Lawrence ve ark. 2006, Falloon 2000, Rushe ve ark. 1998, Revheim ve Medalia 2004, Zanello ve ark. 2006).

Şizofrenik hastalarının yaşadığı bu sorunlar nöroleptik tedaviyle çözülememektedir (Medalia ve ark. 2002, Tarrier ve ark. 1998, Leung ve Tsang 2006). Ayrıca tek başına ilaç tedavisi uygulamalarının kişinin sorun çözme becerisini ve iletişim yeteneklerini güçlendirmede yetersiz kaldığı da bilinmektedir (Hogarty ve ark. 2004, Bedel ve ark. 1998). Revheim ve Medalia (2004) yaptıkları bir çalışmada şizofreni hastalarının bilişsel işlevlerinde azalma olduğunu, toplumsal statülerinin olumsuz yönde etkilediğini ve bu nedenle bu bireylerin sorun çözme becerilerinin geliştirilmesinin önemli olduğunu belirtmektedirler. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin, bir sorun ortaya çıkıp çıkmadığına karar verme durumlarında davranışsal bilgiyi daha az kullandıkları ve bu nedenle sosyal beceri eğitim programlarının bireylere, bir sorunun varlığını belirlemede davranışsal bilgileri kullanmayı öğrettiği vurgulanmıştır (Chan ve Leung 2002, Köhn ve ark. 2005, Merinder 2000, Minnassian ve Perry 2003).

Yapılan bazı çalışmalarda sorun çözme öğretimi uygulanan şizofreni hastaların 2/3' ünün devam eden öğretimin ikinci yılı sonunda şizofreninin tüm klinik belirtilerinden tam olarak kurtulduğu, diğer bir çalışmada ise hastaların %40'ının herhangi bir sosyal yetersizlik belirtisi göstermeden işlevselliklerini sürdürdüğü görülmüştür (Bedel ve ark. 1997, Falloon 2000, Medalia ve ark. 2000). Torres ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan bir çalışmada 49 şizofreni hastasına altı ay süreyle haftada bir saat tren oyunu şeklinde sorun çözme programı uygulanmış ve sonucunda hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinde olumlu düzeyde artma olduğu bulunmuştur. Üçok ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir çalışmada da 32 şizofreni hastasına 6 hafta süre ile sorun çözme programı uygulanmış ve sonucunda hastaların sorun çözme becerilerinde, ruhsal durumlarında olumlu düzeyde gelişmeler olduğu saptanmıştır. Nitekim şizofreni hastalarına ve diğer önemli ruhsal bozuklukları olan hastalara sorun çözme ve iletişim becerileri kazandırmayı amaçlayan bazı çalışmalarda, tekrarlı yatışların azaldığı, baş etme

stratejilerinde artış olduğu, daha az belirti ve olumlu sonuçlar olduğu belirtilmektedir (Bedel ve ark. 1999, Chadwick ve Lowe 1994, Revheim ve Medalia 2004, Üçok ve ark. 2006).

3.4. Sosyal İşlevsellik ve Şizofreni

Sosyal işlevselliğin değerlendirilmesi son yıllarda özellikle sağlık personeli arasında giderek önem kazanmaya başlamıştır (Vázquez ve Bóveda 2000). Şizofreni hastalarında sosyal işlevselliğin bozulması hastalığın ayırt edici bir özelliği olarak görülmüş ve sosyal işlevselliğin geliştirilmesine özel önem verilmiştir. 1980 yılında DSM-III tanı sınıflandırmasında sosyal işlevselliğin önemi vurgulanarak şizofreni için bir tanı kriteri olarak kabul edilmiş ve daha sonra WHO tarafından da resmi olarak kabul edilmiştir. Sosyal işlevsellikteki bozulma şizofreninin tanımlayıcı özelliklerinin temelini oluşturmaktadır. DSM-IV şizofreni tanı kriterleri arasında da sosyal işlevsellikteki bozulma ön plana çıkartılmış ve sosyal işlevsellikteki artışın hastalıktan iyileşmeye doğru bir yol gösterdiği belirtilmiştir (Birchwood 1990). Birchwood (1990) tarafından 334 şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada hastaların sosyal işlevsellik puanlarının sağlıklı bireylerin puanlarından oldukça düşük olduğu bulunmuştur.

Son birkaç yılda psikososyal yaklaşımların kullanılmasıyla şizofreni tedavisinde çok önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Sosyal beceri eğitimi gibi özel tedaviler, psikoeğitimsel aile tedavileri veya bütünleştirilmiş tedavi programları gibi yoğun programlar önemli ölçüde kullanılmaya başlamıştır. Bu tür programların hastaların sosyal işlevsellik düzeylerini artırdığı belirtilmektedir (Vázquez ve Bóveda 2000).

Sosyal geri çekilme, kişiler arası ilişkilerin azalması, sosyal etkinliklerde azalma, kendi başına yaşamını sürdürememe ve iş alanında işlevsellik kaybı gibi becerilerin kaybı hastalığın ilk başından itibaren ortaya çıkan belirtilerdir. Sosyal işlev yetersizliği hastanın yaşam kalitesini düşürmekte ve sosyal, aile, boş zaman ve mesleki rol işlevinde problemlere neden olmaktadır. Hastanın sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesinin, iyi klinik tedavi planı ve hastanın topluma dönüşü için hazırlanmasında önemli olduğu belirtilmektedir (Addington 1999). Yapılan bazı

çalışmalar şizofreni hastalarının sosyal işlevselliği üzerinde aile yaşantısının etkisini ortaya koymuş ve rehabilitasyon programlarında aktif aile desteğinin önemini vurgulamıştır (Danacı ve ark. 2005, Bora ve ark. 2006).

Şizofrenik bireyler yeterli bakım ve tedaviyi göremediklerinde genel olarak çevreye bağımlı, kendine bakım becerileri azalmış ve çevresel etkilere açık, hastalık tekrarına yatkın ve günlük yaşama uyum için gerekli olan becerilerini kullanamaz olarak yaşantılarını sürdürmektedirler. Dolayısıyla şizofrenik bozukluğu olan bireylerin sosyal işlevsellik düzeyleri ve yaşam kaliteleri bozulmaktadır (Danacı ve ark. 2005, Norman ve ark. 2000, Tüzer ve ark. 2004, Bora ve ark. 2005). Torres ve arkadaşları (2002) tarafından 49 şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada, hastalara altı ay süre ile uyguladıkları oyun şeklinde sorun çözme programının hastaların sosyal işlevselliklerini geliştirmede olumlu katkı sağladığı bulunmuştur.

Sonuç olarak, sosyal işlev düzeyi genel olarak çalışabilme, kişiler arası ilişkileri sürdürebilme ve kendi bakımını yapabilme şeklinde tanımlanabilir. Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeyleri bozulmaktadır. Sosyal işlev düzeyinde bozulma şizofreni tanı ölçütleri arasında yer almakta ve hastalığın gidişi açısından oldukça önem taşımaktadır. Bu nedenle bazı araştırmacılar şizofrenide tedavi hedefini doğrudan sosyal işlevsellikteki kalkınma olarak belirlemişlerdir (Tarrier 1988, Addington 1999, Birchwood ve ark. 1990, Burns ve Patrick 2007).

3.5. Yaşam Kalitesi ve Şizofreni

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı, sadece bir hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal olarak tam bir huzur ve iyilik içinde bulunmak olarak tanımlamaktadır. Tam bir huzur ve iyilik içinde olma vurgusu yaşam kalitesi kavramı ile bağlantılıdır. Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlanmıştır (Fidaner 1999). Geniş bir kavram olan yaşam kalitesi, doğrudan sağlıkla ilgili konuların yanı sıra, sağlığı dolaylı yollardan etkileyen işsizlik, çevre ve diğer yaşam koşullarını da içine almaktadır (Fitzpatric ve ark. 1992,

Keister ve ark. 1998). Yaşam kalitesinin bileşenleri, bireyin fiziksel sağlık durumu, uyum yetisi, psikolojik durumu/iyilik hali, toplumsal etkileşimleri ve ekonomik durumudur (Soygür 2003).

Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamalarıyla güçlü ilişkiler içindedir, ancak kalite kavramı hemşirelik dışındaki diğer disiplinlerde de yaygın olarak kullanılmaktadır. Hemşirelik disiplininde yaşam kalitesine yönelik uğraş verme, hastayı rahatlatmaya yardım etme, yaşamın biyopsikososyal yönünü içeren uygun bakımı vererek esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanmaktadır (Pınar 1997).

Ruh sağlığı alanında yaşam kalitesi kavramını tanımlamak için de birçok çalışma yapılmıştır. Ruhsal bozukluklarda yaşam kalitesinin araştırıldığı ilk çalışmalar konsültasyon-liyezon psikiyatrisi alanında olmuş, bunu duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, şizofreni ve yaşlılık/çocukluk psikiyatrisi izlemiştir (Katschnig 1999). Şizofreni hastalarının yaşam kalitesine ilişkin yapılan çalışmalarda bu hastaların yaşam kalitesinin genel populyasyondan ve bedensel hastalığı olan hastalardan daha düşük olduğu belirtilmektedir (Katschnig 2000). Şizofreni, genç yaşta başlayan ve kronik gidiş gösteren bir hastalık olduğu için, hastaların yaşam kalitesi ve psikososyal işlev görmelerine olumsuz etki yapması bakımından oldukça dikkat çekmektedir (Koroğlu 2004). Hastalığın özelliğine ve uygulanan tedaviye bağlı olarak şizofreni hastaları, günlük yaşam aktiviteleri, güdülenme, iletişim becerileri, üretkenlik ve uyum gibi alanlarda sorunlar yaşamaktadırlar (Eren ve ark. 2007).

Hastalarda güdülenme eksikliği ve izolasyon, uyuma yönelik olmayan davranış ve sosyal işlev bozukluğu gibi şizofreninin kalıntı belirtileri devam edebilir. Bu belirtiler hastaların eğitim, meslek ve sosyal rollerini yerine getirmekte zorluklar yaşamalarına neden olur (Soygür 2003, Eren ve ark. 2007, Fan ve ark. 2008, Bozikas ve ark. 2006). Negatif belirtilerin varlığı, depresyon ve intihar, yeti yitimi, bilişsel ve psikososyal bozulma, uzun süreli ve sık hastane yatışları, sosyal destek yetersizliği, baş etme zorlukları, ekonomik güçlükler, antipsikotik ilaçların yan etkileri şizofrenide yaşam kalitesini bozan en temel etkenlerdir (Pinikhana ve ark. 2002, Chan 2004, Norman ve ark. 2000). Ayrıca şizofrenik bozukluğa yönelik toplumsal

damgalama eğilimi de şizofreni hastaları ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Alptekin 2004).

Son 15 yıl içinde şizofreni gibi şiddetli psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konusunda çalışmalar yoğunlaşmıştır. Yaşam kalitesi, şizofrenide rehabilitasyon programlarında ve ilaç tedavisi başarısının değerlendirilmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. Şizofreni tedavisinin ana amacı şizofreni belirtilerinin azaltılmasından ve yinelemeleri önlemeden öte hastanın tam olarak iyileşmesine ve yaşam kalitesinin artırılmasına doğru yönelmektedir (Eren ve ark. 2007). Şizofreni hastalarının yaşam kalitelerinin, sağlıklı bireylerle ve kronik fiziksel hastalığı olan bireylerle karşılaştırıldığında çok düşük olduğu yapılan birçok çalışmada ortaya konulmuştur (Bobes ve Garcia-Portilla 2006, Doğan ve ark. 2002, Uğuz ve ark. 2006, Matsui ve ark. 2007).

Şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda psikopatoloji düzeyleri yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Kaiser ve ark. 1996). Bazı çalışmalarda negatif belirtiler ile yaşam kalitesi arasında zayıf bir ilişki olduğu, ancak pozitif belirtilerin azaltılmasının yaşam kalitesinin artırılmasında önemli etkenlerden biri olduğu belirtilmiştir (Kaiser ve ark. 1996, Kasckow 2001, Karow ve ark. 2005).

Yüzyirmi şizofreni hastası ile yapılan bir çalışma şizofreni hastalarında iş ve maddi alanlar öncelikli olmak üzere tüm alanlarda yaşam kalitesinde düşüş olduğunu göstermektedir (Alptekin ve ark. 2001). Yine yapılan çalışmalarda yeti yitimi ve sosyal işlevsellikteki bozulma ile hastaların yaşam kaliteleri arasında pozitif ilişki olduğu söylenmektedir (Bones ve ark. 1996, Sullivan ve ark. 1992, Eren 2007).

Şizofreni hastalarında klinik değişkenlerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır. Şizofrenide görülen yeti yitimi, belirtilerin düzeyleri ve sorun çözme becerilerindeki bozulma hastaların yaşam kalitelerini olumsuz olacak yönde etkilemektedir (Eren ve ark. 2007, Soygür 2003, Üçok ve ark. 2002, Matsui ve ark. 2007).

3.6. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Sorun Çözme Becerilerinin Geliştirilmesinde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Hemşireler, ekip içinde hasta ile en uzun süre zaman geçiren kişiler olduklarından, kliniklerde ortamın yöneticisi, yürütücüsü ve aynı zamanda kullanıcısı olan kişilerdir. Hastanın içinde yaşadığı kişilerarası ortamın terapötik ya da nonterapötik oluşu neredeyse tamamen hemşirelerin becerilerine ve ilgili olmasına bağlıdır (Sökmez ve ark. 1996, Graham ve ark. 2002). Çağdaş psikiyatri hemşireliği uygulamasının bilgi ve uzmanlık gerektiren üç alanı tedavi edici ortamın yönetimi, bakım aktivitelerinin sürdürülmesi, bakımın bütünlüğü ve eşgüdümün sağlanması olarak tanımlanmaktadır (McFarland ve Thomas 1991, Clarke ve ark. 1998).

Toplumsal bakış açılarının zamanla değişmesi ve daha insancıl tedavilerin bulunması ile psikiyatri klinikleri, hastanın davranışını değiştirebilen ve hastalığın iyileşmesine yardım eden güçlü kaynaklar olarak görülmeye başlanmıştır. İlaçların farklı bakım stratejileri ile birlikte kullanımı, psikiyatri hemşireleri için de hasta bakımında değerli araçlar sağlamıştır. Günümüzde psikiyatri kliniklerinin amacı, hastanın hastaneye yatmasına neden olan psikiyatrik problemini fark etmesine ve iyileşmesine yardım etmektir (Çetinkaya ve ark. 2001). Bu nedenle ideal tedavi akut hastalık belirtilerinin yatıştırılmasından çok, kişinin sosyalleşmesini sağlayan, işlevselliğin yeniden kazandırılmasını ve benlik saygısını, kendine güvenini artıran, güçlü baş etmesini kazanmasını sağlayacak şekilde olmalıdır (Roder ve ark. 2002, Revheim ve Medalia 2004, Yamacuhi ve ark. 2006, Doğan ve ark. 2002, Yıldız ve ark. 2005).

Ülkemizde psikiyatri hizmetleri ağırlıklı olarak hastanelerde yürütüldüğünden, hemşirelerinde çalışma alanının daha çok psikiyatri klinikleri olduğu görülmektedir. Psikiyatri hemşireleri bütüncül yaklaşımla ruhsal hastalıkların önlenmesi, tedavi edilmesi ve rehabilitasyonunda aktif olarak görev alır ve hastaların taburculuk sonrası klinik ortam dışında da gelişimi ve rehabilitasyonuna yönelik hizmet verirler. Taburculuk sonrası hastane dışında verilen koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler bireyin kendine güvenini, kendini yönetmesini, toplumun bir üyesi olduğu fikrini, başarılı ve üretken bir toplum üyesi olma özelliğini güçlendirir (Challagan 2004).

Günlük yaşamda karşılaşılan engellerin üstesinden gelmek ve sorunları çözmek bağımsız bir yaşam tarzı geliştirmede önemli bir öğedir. Yeti kaybına neden olan şizofrenik bozukluğa sahip olan hastalar için sorun çözme becerisi bilinçli olarak basamaklı tekrarlarla öğretilmelidir. Nitekim NANDA'da (North America Nursing Diagnosis Association) belirtildiği gibi, şizofreni hastaları başkalarından şüphelenme, temel gereksinimlerini karşılamada yetersizlik, düşük benlik saygısı, savunma mekanizmalarının uygun kullanılmayışı ve sosyal katılımlarda değişme gibi durumlarla yüzyüze kaldıkları için "bireysel baş etmede yetersizlik" tanısı konur (Biol 2005). Hemşireler hemşirelik süreci doğrultusunda çalıştıkları için bu tanıyı ele aldıklarında sorun çözme becerilerini geliştirmeyi hedef almaktadırlar. Dolayısıyla sorun çözme becerilerini geliştirme, klinikte yatan hastaların bakım planları içerisinde yer almalıdır. Aynı zamanda bireyin bakımında aileyi de tedavi sürecine dahil ederek taburculuk sonrası bireylerin daha kaliteli bakım almalarına, yaşam kalitelerini artırmalarına ve daha sağlıklı bir yaşam sürdürmelerine olanak sağlamaktadırlar (Chien ve Norman 2003, Gaite ve ark. 2002, Pinikhana ve ark. 2002).

Psikiyatri hemşiresi, taburculuk sonrası hastayı desteklemek ve rehabilitasyonu devam ettirmek amacıyla sorun çözme eğitimini uygulayabilir ve sonuçlarını değerlendirerek devamını sağlayabilir. Hastalar sorunu tanımayı ve bunları baş edilebilir küçük basamaklar halinde çözmeyi öğrendiklerinde artık günlük yaşamlarında daha işlevsel olurlar ve belirtilerin azalması ile sonuçlanacak davranışları daha fazla sergileyebilirler. Sorun çözme tekniği bir kez kavrandıktan sonra her bir beceri alanında sorunlar ve çözümleri öğrenme etkinliği içerisinde tekrarlanarak pekiştirilmesi sağlanmalıdır (Yıldız 2001, Benton ve Schroeder 1990).

Şizofrenik bozukluklarla ilgili bilgiler arttıkça, bu hastalıkların ele alınmalarında bütüncül yaklaşımın önemi anlaşılmaktadır. Hastaların sınırlayıcı bir ortam olarak değerlendirilen hastaneler yerine daha az sınırlayıcı olan bir ortam olan yaşadıkları yerlerde ele alınmaları önem kazanmakta, hastane sayılarının ve yatak sayılarının yetersizliği görülmekte, taburculuk sonrasında tedaviye uyumun azaldığı ve yeniden hastaneye yatışın gerektiği gözlenmekte, hasta ve ailesinin evde ve toplum yaşamında karşılaştıkları güçlüklerle yeterince baş edemedikleri

saptanmaktadır. Günümüzde sağlık bakım sistemi giderek topluma dayalı duruma gelmektedir. Artık istenen Şey sadece belirtilerin giderilmesi değil, aynı zaman da hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve üretkenliğini yeniden kazanarak sürdürmesidir. Bunları gerçekleştirmek için kurum bakımı yeterli olmamaktadır (Worley 1997, Hellwig 1996, Muijen 1993).

IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

4.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, şizofreni hastalarına uygulanan sorun çözme becerilerini geliştirme programının sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel (ön test-son test, kontrol gruplu) olarak yapılmıştır.

4.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yapılmıştır. Psikiyatri kliniği 1992 yılından beri hizmet vermektedir. Klinik hastanenin 8. katında yer alan yarı açık bir klinik olup 28 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Klinikte bir uğraşı odası, bir aletli jimnastik odası, bir masa tenisi odası ve hastaların gün boyu vakit geçirebilecekleri dinlenme odası bulunmaktadır. Klinikte 1 profesör, 1 doçent, 1 yardımcı doçent, 8 araştırma görevlisi, 6 yükseköğretim mezunu hemşire, 1 sekreter ve 5 yardımcı personel görev yapmaktadır. Taburcu olan hastalar belli aralıklarla kontrole çağrılmaktadırlar. Kontroller psikiyatri polikliniğinde yapılmaktadır. Poliklinikte 5 hekim, 1 psikolog, 1 sekreter hizmet vermektedir. Hastalarla görüşme yapmak için 3 görüşme odası, psikoterapi için ayrılmış 1 oda ve hastaların psikiyatrik teste tabi tutuldukları 1 test odası bulunmaktadır.

4.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde şizofreni tanısı ile izlenen ve Sivas il merkezinde oturan 164 hasta oluşturmuştur.

4.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, 01 Aralık 1992- 01 Temmuz 2006 tarihleri arasında Psikiyatri kliniğinde şizofreni tanısı ile yatıp taburcu olduktan sonra ayaktan

takip edilen, araştırmanın işleme-dışlama kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, yaş, cinsiyet ve hastalık belirtileri açısından benzer özellikler gösteren 30 (15 deney, 15 kontrol grubu) hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın İşleme Kriterleri

- 18-60 yaş grubunda,
- En az ortaokul mezunu,
- Düzenli ilaç kullanan,
- Düzenli poliklinik kontrolüne gelen,
- Hastalık belirtileri benzer özellik gösteren,
- Sivas il merkezinde oturan,

Psikiyatri polikliniği ve klinikte yatan hastalara ait kayıtlar incelenerek il içinde oturan ve adresleri belirlenen şizofren hastaların sayısı 59 olarak tespit edilmiştir.

Belirlenen 59 hastadan;

- Adresleri belirlenen 9 hastanın verilen adreste oturmadığı belirlenmiştir.
- 4 hastanın şehir dışında olduğu belirlenmiş (1 hastanın Ankara'da hastanede yattığı belirlenmiştir.),
- 16 hasta ise çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir.

ÖRNEKLEM SEÇİM SÜRECİ

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde şizofreni tanısı ile izlenen hastaların dosyalarının incelenmesi (n=164)

Örneklem Kriterleri

- 18-60 yaş grubunda,
- En az ortaokul mezunu,
- Düzenli ilaç kullanan,
- Düzenli poliklinik kontrolüne gelen,
- Hastalık belirtileri benzer özellik gösteren,
- Sivas il merkezinde oturan,

Kriterlere uygun hastalar ile telefonda görüşülerek ev ziyareti için randevu alınması (n=59)

Ev ziyareti yapılarak hasta ve ailesine araştırmanın amacı, şekli ve önemi hakkında bilgi verilmesi.

Çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler N=30

Randomizasyon yöntemi ile

Deney
n=15

Kontrol
n=15

4.5. Araştırmanın Hipotezleri

I. Sorun çözüme programı uygulanan şizofreni hastalarıyla program uygulanmayan hastaların sosyal işlevsellik puanları arasında fark vardır.

II. Sorun çözüme programı uygulanan şizofreni hastalarıyla program uygulanmayan hastaların yaşam kalitesi (WHOQOL-BREF) puanları arasında fark vardır.

III. Sorun çözüme programı uygulanan şizofreni hastalarının program öncesi ile program sonrası sosyal işlevsellik puanları arasında fark vardır.

IV. Sorun çözüme programı uygulanan şizofreni hastalarının program öncesi ile program sonrası yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.

4.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri; araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu, Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BRIEF-TR) ve Sosyal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

4.7. Veri Toplama Formları

4.7.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-I)

Bu form, hastaların sosyodemografik özelliklerini , hastalığın ve tedavinin seyrine ilişkin bilgileri elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (Sadock 2005, Öztürk 2004, Amuk ve ark. 2002, Fortinash 1996). Form, hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, aile yapısı, çalışma durumu, ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikleri (7 soru), hastaneye yatış sayısı, hastalığın süresi, ortalama yattığı gün sayısı ve remisyonda kaldığı süre (4 soru) olmak üzere toplam 11 sorudan oluşmuştur.

4.7.2. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ/SANS) (Ek-II)

Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, şizofreninin negatif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla 1990 yılında Andreasen tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve ark. (1991) tarafından yapılmıştır (Aydemir ve Köroğlu 2000).

Ölçek 5 alt ölçek ve 25 madde içermektedir. Bu alt ölçekler affektif küntleşme, aloji, apati, anhedoni ve dikkat eksikliğidir. Ölçek altılı Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması 0-5 arasında değişmektedir. 1-8 arasındaki maddeler affektif küntleşme, 9-13 arasındaki maddeler aloji, 14-17 arasındaki maddeler apati, 18-22 arasındaki maddeler anhedoni, 23-25 arasındaki maddeler dikkat eksikliği alt ölçeklerine aittir. Alt ölçek maddelerinin toplanması ile alt ölçek toplam puanları ve alt ölçek toplam puanlarının toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilmektedir. Toplam puan 0-125 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır. Ölçek puanının yüksek olması negatif belirtilerin şiddetini yansıtmaktadır.

NBDÖ, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçek türüdür. Ölçeğin doldurulması hastayla görüşmeye, görüşme sırasındaki gözlemlere ve hastanın çevresindeki kişilerden alınan bilgilere dayanılarak yapılmaktadır (Aydemir ve Köroğlu 2000). Bu çalışmada NBDÖ hastaların negatif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0,80 bulunmuştur.

4.7.3. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ/SAPS) (Ek-III)

Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, şizofreninin pozitif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla 1990 yılında Andreasen tarafından geliştirilmiş olup, ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve ark. (1991) tarafından yapılmıştır (Aydemir ve Köroğlu 2000).

Ölçek 4 alt ölçek ve 34 madde içermektedir. Bu alt ölçekler varsanılar, hezeyanlar, garip davranış ve formal düşünce bozukluğudur. Ölçek altılı Likert tipi

ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması 0-5 arasında değişmektedir. 1-7 arasındaki maddeler varsanlar, 8-20 arasındaki maddeler hezeyanlar, 21-25 arasındaki maddeler garip davranışlar ve 26-34 arasındaki maddeler formal düşünce bozukluğu alt ölçeklerine aittir. Alt ölçek maddelerinin toplanması ile alt ölçek toplam puanları ve alt ölçek toplam puanlarının toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilir. Toplam puan 0-170 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır.

PBDÖ, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçek türüdür. Ölçeğin doldurulması hastayla görüşmeye, görüşme sırasındaki gözlemlere ve hastanın çevresindeki kişilerden alınan bilgilere dayanılarak yapılır (Aydemir ve Köroğlu 2000). Bu çalışmada PBDÖ hastaların pozitif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0,82 bulunmuştur.

4.7.4. Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR) (Ek-IV)

DSÖ 1980'den beri yaşam kalitesini ölçme ve değerlendirme için çalışmalar yapmaktadır. Bu amaçla kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmaya olanak veren geniş kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir. Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucunda 100 soruluk WHOQOL-100 ve bunlardan seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BRIEF-TR oluşturulmuştur. WHOQOL-BRIEF-TR'in ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fidaner ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır.

WHOQOL-BREF-TR, birisi genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soru ile birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BRIEF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmiştir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, psikolojik, sosyal çevre ve ulusal çevre alan puanlarında, puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir. Ölçek kendini değerlendirme amaçlıdır.

3,4,26 ve 27. sorular olumsuz sorulardır. Bu nedenle bu sorulara verilen cevapların puanları olumlu sorular ile aynı yönde skor hesaplamak için 62'den çıkarılarak ham puan hesaplanır. Golbal skor için çevre alanındaki 7 sorunun toplam puanı alınarak 7'ye bölünür (Fidaner ve ark. 1999). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0,87 bulunmuştur.

WHOQOL-BRIEF-TR alt ölçekleri ve her alt ölçeği kapsayan sorular aşağıda verilmiştir.

Alanlar Sorular

Fiziksel alan 3,4,10,15,16,17,18

Ruhsal Alan 5,6,7,11,19,26

Sosyal Alan 20,21,22

Çevre Alanı 8,9,12,13,14,23,24,25

Kültürel Alan 8,9,12,13,14,23,24,25,27

4.7.5. Sosyal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (SİÖ) (The Social Functioning Scale) (SFS) (Ek-V)

Sosyal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği, Max Birchwood ve ark. tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir (Birchwood ve ark. 1990). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erakay (2001) tarafından yapılmıştır. Sosyal İşlevsellik Ölçeğinin içeriği psikososyal girişim programlarından alınan bilgilerden ve yeti yitimi durumlarından oluşturulmuştur.

SİÖ kişinin bütün sosyal rolüne (işçi, ebeveyn vb.) yapılan yargıyı gerektiren, rol işlevlerini değerlendiren bir araçtır. SİÖ temel yetileri, sosyal davranışı nicelik yönünden değerlendirir ve aynı zamanda performans eksikliğini yeterlilik eksikliğinden ayırt edebilir.

Alt ölçeklerin maddelerinde çoğu yerde 0-3 arasında puan verilir. Sosyal çekilmede 5 madde vardır ve en düşük 0, en yüksek 15 puan alınır. Kişiler arası işlevsellikte 4 madde vardır; madde 1 ve 2 toplanır; böylece en düşük 0, en yüksek 9

puan alınır. Bağımsızlık – yetkinlik için en düşük 0, en yüksek 39; bağımsızlık - performans için en düşük 0, en yüksek 39; boş zamanları değerlendirme için en düşük 0, en yüksek 45 ve öncül sosyal etkinlikler için en düşük 0, en yüksek 66 puan alınabilir. İş- meslek alanı için ise kişi için uygunsa iki madde doldurulur, ama son altı ay içinde çalışmamışsa ya da iş aramıyorsa atlanır. Ölçek hastayla birlikte yaşayan bir aile bireyi tarafından doldurulur. Ölçek yedi alt alandan oluşmaktadır:

- Sosyal Uğraşı/Sosyal Geri Çekilme (kendi başına zaman geçirme, karşılıklı konuşmaya başlayabilme, sosyal çekiniklik)
- Kişiler Arası Davranış (arkadaşlarının sayısı, heteroseksüel ilişki, iletişimin niteliği)
- Öncül Sosyal Etkinlikler (yaygın sosyal etkinlikler aralığında uğraşı örn: spor, disko)
- Boş zaman Etkinlikleri (hobiler, ilgiler)
- Bağımsızlık-Yetkinlik (bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirebilme)
- Bağımsızlık-Performans (bağımsız yaşayabilme için gerekli yetileri yerine getirebilme)
- İş/Meslek (üretken bir işle uğraşma ya da günlük etkinliklerde yapılandırılmış program yapma)

Her alt ölçekten alınan toplam puanların yüksek olması işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach's Alpha kat sayısı 0,83 bulunmuştur.

4.8. Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programı (Ek-VI)

Sorun çözme becerilerini geliştirme programı Liverpool Üniversitesi psikiyatri bölümünde psikiyatri hastaları için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir programdır. Ülkemizde Kelleci (2003), Üçok ve ark. (2006), Yıldız ve ark. (2005) tarafından kullanılmıştır. Genellikle 6 seans olarak uygulanması önerilmekte, seans

sürelerinin 30-60 dakika arasında olabileceği ve gereksinime göre süre ve seansların artırılabilceği belirtilmektedir. Program 5 aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar:

1- Uygulama ve gerekçelerin açıklanması (1 Oturum)

- Sorunun tanımlanması ve sınıflandırılması
- Örnek durum içinden sorunun bulunması

2- Ulaşılabilir amaçların seçimi (2 Oturum)

- Örnek durum üzerinden çözüm belirlenmesi
- Çözümlerin üretilmesi
- Örnek durum üzerinden çözüm üretilmesi

3- Çözümün avantaj ve dezavantajlarının belirlenmesi (1 Oturum)

- Örnek durum üzerinden avantaj ve dezavantajların belirlenmesi

4- Çözümlerin uygulanması (1 Oturum)

- Rol oynama yöntemi ile uygulamanın yapılması

5- Uygulamaların sonuçlarının değerlendirilmesi (1 Oturum)

- Örnek durum üzerinden sonucun tartışılması

Programın genel içeriği ilk oturumda deney gruplarına power-point sunumuyla anlatılmış ve daha sonraki aşamalarda her bir oturuma araştırmacı tarafından şizofreni hastalarının sıklıkla yaşayabilecekleri sorunların yer aldığı vakalarla uygulama yapılmıştır. Hastalardan, kendilerine verilen vakanın verilerini sıralamaları ve adım adım sorunu bulmaları ve çözüm önerileri geliştirmeleri istenmiştir. Son olarak belirlenen sorunlarına yönelik çözüm önerileri rol oynama yöntemiyle canlandırılmıştır.

4.9. Uygulama

Çalışmada önce araştırmacı tarafından hastanenin arşiv kayıtlarından şizofreni hastalarının dosyaları incelenerek, hastalara ait bilgiler kriterlere uygunluk yönünden değerlendirilmiştir. Kriterlere uygun olan bireylerin adresleri ve telefon

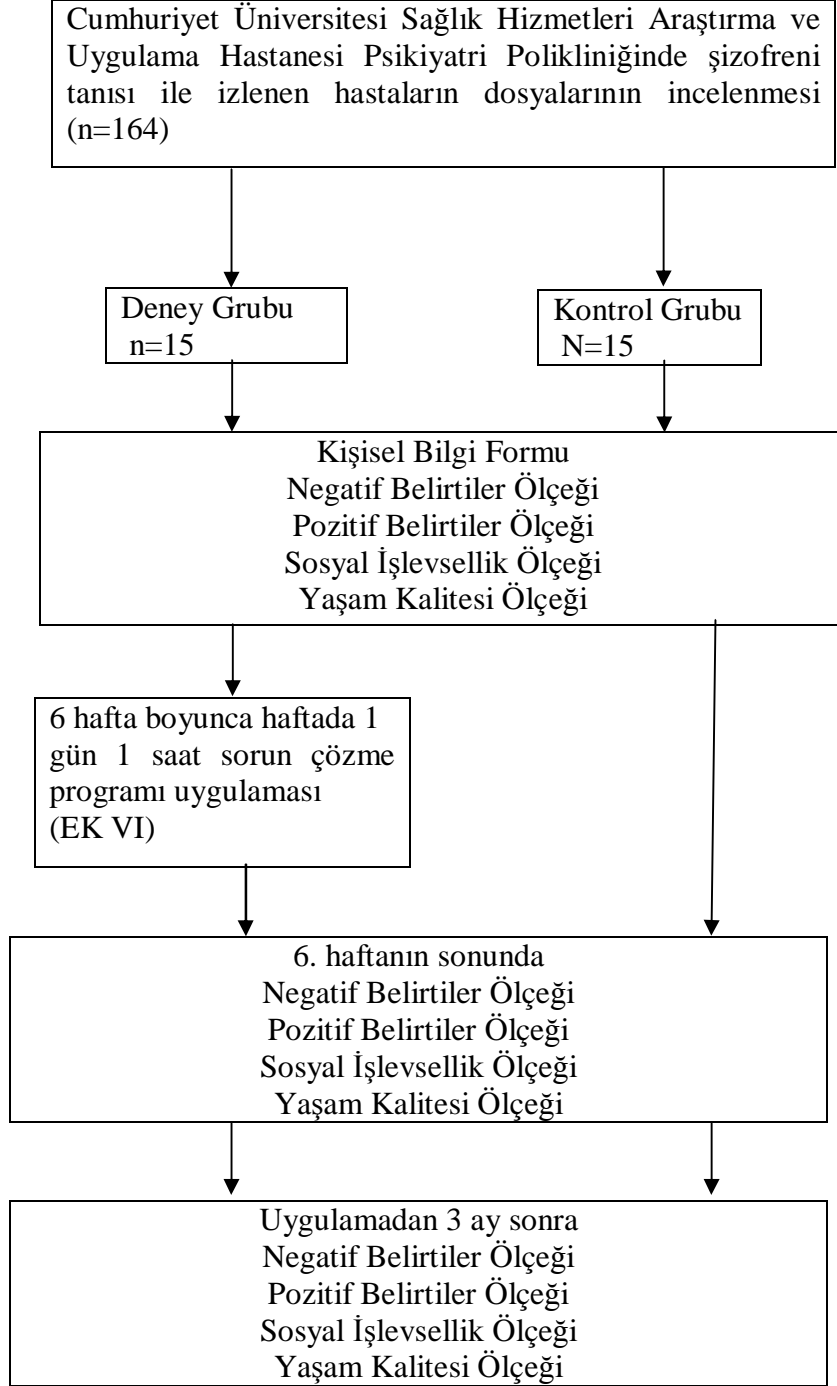
numaraları tespit edilmiştir. Hastalar ile telefon görüşmesi yapılarak randevu alınmıştır. Ev ziyareti yapılarak hasta ve hasta ailesine araştırmanın amacı, şekli ve önemi ile ilgili bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul edip etmeyecekleri sorulmuştur. Araştırmayı kabul eden hastalara kişisel bilgi formu NBDÖ ve PBDÖ uygulanmıştır. Tüm kriterlere uyan bireylerden randomizasyon yöntemi ile biri deney biri kontrol grubuna dahil edilmiştir.

Sorun çözme programı uygulaması, deney grubundaki tüm hastalar için Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde psikoterapi uygulaması için ayrılan bir bölümünde, belirlenen günlerde grup halinde yapılmıştır. Hastaların hepsi belirlenen plana uygun olarak programa grup halinde katılmıştır.

Araştırmaya alınan deney ve kontrol grubuna alınan tüm hastalara programa başlamadan önce, sırasıyla WHOQOL-BREF-TR ve Sosyal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Deney grubu Yalom (1992) tarafından belirlenen grup dinamikleri kurallarına göre oluşturulmuştur. Kapalı grup yöntemi ile devam etmiş olan deney grubunu 15 hasta oluşturmuştur. Program deney grubuna haftada bir kez belirlenen günlerde birer saat, altı hafta süreyle uygulanmıştır. Hastaların ulaşım giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Uygulamadan bir gün önce araştırmacı deney grubundaki hastaları evlerinden telefonla arayarak gruba devam etmenin önemi konusunda açıklama yapmıştır.

Yaşam Kalitesi ve sosyal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği uygulama bitiminde ve 3. ayda deney ve kontrol grubuna tekrar uygulanmıştır.

FORMLARIN UYGULANMASI



4.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler araştırmacı tarafından uygun şekilde kodlanarak bilgisayara yüklenmiştir. Araştırmanın verilerinin istatistiksel analizi SPSS (Version 13.0) bilgisayar programında yapılmıştır. Araştırmada istatistiksel analiz olarak hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi, deney ve kontrol grubuna ait ölçek puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmede Mann - Whitney U Testi, aynı grubun uygulama öncesi ve sonrasındaki ölçek puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmede Friedman Testi ve Friedman testi sonucunda anlamlı çıkan sonuçların hangi ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için Wilcoxon Testi kullanılmıştır.

5. Araştırmanın Sınırlılığı

Bu çalışmada şizofreni hastalarının sorun çözme becerileri herhangi bir ölçüm aracıyla ölçülmemiştir.

V. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya alınan 30 şizofrenik hastaya ilişkin kişisel özellikler, hastalığın ve tedavinin seyrine ilişkin özellikler ile hastaların hastalık belirtileri, yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik düzeyleri, sorun çözüme programı uygulamasının yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik düzeyine etkisini ortaya koyan bulgular yer almaktadır.

Tablo 1’de deney ve kontrol grubundaki hastaların bireysel özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubunun Bireysel Özelliklerinin Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER	DENEY		KONTROL		χ^2/p
	N	%	n	%	
Yaş 35 yaş ve altı 36 yaş ve üzeri	9 6	60.0 40.0	7 8	46.7 53.3	$\chi^2=1.000$ $p=0.397$
Cinsiyet Kadın Erkek	6 9	40.0 60.0	6 9	40.0 60.0	$\chi^2=0.000$ $p=1.000$
Medeni Durum Evli Bekar	5 10	33.3 66.7	5 10	33.3 66.7	$\chi^2=0.000$ $p=1.000$
Eğitim Durumu İlköğretim Lise ve yüksekokul	6 9	40.0 60.0	3 12	20.0 80.0	$\chi^2=1.429$ $p=0.232$
Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor	2 13	13.3 86.7	5 10	33.4 66.6	$\chi^2=1.677$ $p=0.195$
Ekonomik Durumu Düşük Orta	3 12	20.0 80.0	3 12	20.0 80.0	$\chi^2=0.000$ $p=1.000$
Aile Yapısı Çekirdek aile Geniş Aile	12 3	80.0 20.0	11 4	73.3 26.7	$\chi^2=0.186$ $p=0.666$
TOPLAM	15	100	15	100	

Tablo 1’de deney ve kontrol grubunda bulunan hastaların bazı tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Tablo 1’de görüldüğü gibi deney grubunda bulunan hastaların %60’ı 35 ve altı yaş grubunda, yaş ortalamaları 32.2 ± 7.19 olup %60’ı erkek, %66.7’si bekar, %80’i çekirdek ailede yaşamakta, %60’ı lise ve yüksekokul mezunu, %86.7’si çalışmamakta ve %80’i orta ekonomik düzeydedir. Kontrol grubunda bulunan hastaların ise %53.3’ü 36 ve üzeri yaş grubunda, yaş ortalamaları 37.93 ± 9.68 olup, %60’ı erkek, %66.7’si bekar, %73.3’ü çekirdek ailede yaşamakta, %80’i lise ve yüksekokul mezunu, %66.7’si çalışmamakta ve %80’i orta ekonomik düzeydedir.

Gruplar yaş, cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve ekonomik durum açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve grupların benzer özellikler gösterdikleri görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 2. Deney ve Kontrol Grubunun Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	DENEY		KONTROL		χ^2/p
	n	%	n	%	
Hastalık Süresi					$\chi^2=0.733$ p=0.693
1-5 yıl	4	26.7	4	26.7	
6-10yıl	7	46.7	5	33.3	
11 yıl ve ↑	4	26.7	6	40.0	
Hastaneye Yatış Sayısı					$\chi^2=1.043$ p=0.593
1-5	12	80.0	11	73.3	
6 ve üzeri	3	20.0	4	26.7	
Ortalama Yattığı Gün Sayısı					$\chi^2=1.111$ p=0.774
1-45	5	33.3	4	26.7	
46-150	7	46.7	7	46.7	
151 ve üzeri	3	20.0	4	26.7	
Remisyonda Kaldığı Süre					$\chi^2=5.521$ p=0.137
6-23 ay	7	46.7	2	13.3	
24-47 ay	4	26.7	3	20.0	
48 ve üzeri	4	26.7	10	66.7	

Tablo 2' de deney ve kontrol grubunda bulunan hastaların hastalıkla ilgili özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların %26.7' sinin 1-5 yıldır, deney grubundaki hastaların %46.7' sinin, kontrol grubundaki hastaların %33.3' ünün 6-10 yıldır, deney grubundaki hastaların %26.7' sinin, kontrol grubundaki hastaların ise %40' ının 11 yıl ve daha uzun süredir hasta oldukları görülmektedir. Kontrol grubundaki hastaların hastalık süresinin ortalaması 2.13 ± 0.83 yıl, deney grubundaki hastaların hastalık süresinin ortalaması ise 2.00 ± 0.75 yıldır. Hastalık süresi açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Hastaneye yatış sayısı açısından gruplar incelendiğinde deney grubunda bulunan hastaların %80'inin, kontrol grubunda bulunan hastaların ise %73.3'ünün 1-5 kez hastaneye yattıkları, deney grubunda bulunan hastaların %20'sinin, kontrol grubunda bulunan hastaların ise %26.7'sinin yatış sayısının 6'dan fazla olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubunda bulunan hastalar hastanede yattıkları gün sayısı ve remisyonda kaldıkları süre açısından karşılaştırıldıklarında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Buna göre hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, hastanede yattıkları gün sayısı ve remisyonda kalma süresi açısından deney ve kontrol grubunda bulunan hastaların benzer özellikler gösterdikleri söylenebilir.

Tablo 3. Deney ve Kontrol Grubunun SAPS ve SANS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SAPS	DENEY	KONTROL	p
	X±SD	X±SD	
Genel	5.53 ± 6.40	2.13 ± 1.59	0.230
Varsanılar	1.26 ± 2.71	1.33 ± 1.83	0.496
Hezeyanlar	2.66 ± 3.57	0.40 ± 0.82	0.024
Garip (Bizar) Davranış	0.53 ± 0.74	0.26 ± 0.45	0.341
Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu	1.06 ± 1.70	0.13 ± 0.35	0.037
SANS	X±SD	X±SD	
Genel	8.06 ± 6.30	2.86 ± 1.50	0.115
Duygulanımsal Küntlük	2.26 ± 2.81	0.93 ± 0.96	0.513
Alogia	1.06 ± 1.48	0.26 ± 0.59	0.092
Apati	1.06 ± 1.48	0.26 ± 0.79	0.048
Anhedoni	3.06 ± 2.76	1.13 ± 1.18	0.032
Dikkat	0.60 ± 0.98	0.26 ± 0.59	0.350

Tablo 3'de görüldüğü gibi uygulama öncesi deney ve kontrol grubundaki hastaların negatif ve pozitif belirtiler ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında SAPS ve SANS genel ortalama puanları açısından fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak iki grup karşılaştırıldığında SAPS alt grup hezeyanlar ve pozitif formal düşünce bozukluğu puanları arasında ve SANS apati ve anhedoni alt grup puanları arasında fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu fark deney grubunun puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olmalarından kaynaklanmaktadır.

Tablo 4. Deney Grubundaki Hastaların Uygulama öncesi, Uygulama Sonrası ve Uygulamadan 3 Ay Sonra SAPS Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SAPS Genel ve Alt Grup Ortalama Puanları	Uygulama Öncesi X±SD	Uygulama Sonrası X±SD	Uygulamadan 3 ay sonra X±SD	x ^{2*}	P
Genel	5.53 ± 6.40	5.33 ± 6.59	1.20 ± 2.17	16.64	0.000
Varsanılar	1.26 ± 2.71	1.20 ± 2.73	0.86 ± 1.68	0.364	0.834
Hezeyanlar	2.66 ± 3.57	2.53 ± 3.60	0.33 ± 1.04	9.500	0.009
Garip (Bizar) Davranış	0.53 ± 0.74	0.60 ± 1.12	0.00 ± 0.00	9.579	0.008
Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu	1.06 ± 1.70	1.00 ± 1.73	0.00 ± 0.00	12.286	0.002

*: Friedman x²

Tablo 4’de görüldüğü gibi, deney grubundaki hastaların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki SAPS genel puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Bulunan bu farkın hangi ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizde (Wilcoxon testi) uygulama öncesi-uygulamadan 3 ay sonra (z=2.943 p=0.003) ve uygulama sonrası-uygulamadan 3 ay sonrasındaki (z=2.536 p=0.011) ölçümler arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Deney grubundaki hastaların SAPS alt grup puan ortalamaları incelendiğinde varsanı alt boyutu puan ortalaması uygulama öncesine göre sayısal olarak düşük olmasına rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p>0.05). Hezeyanlar alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve bulunan bu farkın hangi ölçüm grubundan

kaynaklandığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizde(Wilcoxon testi) uygulama öncesi-uygulamadan 3 ay sonraki ($z=2.442$, $p=0.015$) ve uygulama sonrası-uygulamadan 3 ay sonraki ($z=2.325$, $p=0.020$) ölçümler arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların garip davranış alanı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve bulunan bu farkın hangi ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizde(Wilcoxon testi) uygulama öncesi-uygulamadan 3 ay sonraki ($z=2.271$, $p=0.023$) ve uygulama sonrası-uygulamadan 3 ay sonraki ($z=2.060$, $p=0.039$) ölçümler arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Pozitif formal düşünce bozukluğu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ve bulunan bu farkın hangi ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizde (Wilcoxon testi) uygulama öncesi-uygulamadan 3 ay sonraki ($z=2.414$, $p=0.016$) ve uygulama sonrası-uygulamadan 3 ay sonraki($z=2.232$, $p=0.026$) ölçümler arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 5' de kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi ve uygulama sonrası SAPS genel ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tablo 5. Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 Ay Sonra SAPS Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SAPS Genel ve Alt Grup Ortalama Puanları	Uygulama Öncesi X±SD	Uygulama Sonrası X±SD	Uygulamadan 3 ay sonra X±SD	χ^2 *	p
Genel	2.13 ± 1.59	2.26 ± 1.38	3.00 ± 3.07	0.158	0.924
Varsanılar	1.33 ± 1.83	1.26 ± 1.66	2.26 ± 2.65	6.200	0.045
Hezeyanlar	0.40 ± 0.82	0.40 ± 0.82	0.40 ± 0.91	0.400	0.819
Garip (Bizar) Davranış	0.26 ± 0,45	0.33 ± 0.48	0.20 ± 0.41	1.200	0.549
Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu	0.13 ± 0.35	0.26 ± 0.59	0.13 ± 0.51	1.500	0.472

*: Friedman χ^2

Tablo 5’de görüldüğü gibi, kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki SAPS genel ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubundaki hastaların SAPS alt grup puan ortalamaları incelendiğinde varsanı alt boyutu uygulama öncesinde $1,33 \pm 1,83$, uygulama sonrasında $1,26 \pm 1,66$ uygulamadan 3 ay sonra $2,26 \pm 2,65$ olup puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hezeyan, Garip Davranış ve Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu alt boyut puan ortalamalarının uygulama öncesi, uygulama sonrası ve 3 ay sonraki ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 6'da deney ve kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve 3 ay sonra SAPS genel ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tablo 6. Deney ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 Ay Sonra Değerlendirmelerinde Kullanılan SAPS Genel ve Alt Grup Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

SAPS Genel ve Alt Grup	Uygulama Öncesi		z		Uygulama Sonrası		z		Uygulamadan 3 ay sonra		z		p	
	Deney	Kontrol			Deney	Kontrol			Deney	Kontrol				
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD								
Genel	5.53 ± 6.40	2.13 ± 1.59	1.20	0.230	5.33 ± 6.59	2.26 ± 1.38	0.67	0.498	1.20 ± 2.17	3.00 ± 3.07	2.08	0.037		
Varsanılar	1.26 ± 2.71	1.33 ± 1.83	0.68	0.496	1.20 ± 2.73	1.26 ± 1.66	0.91	0.361	0.86 ± 1.68	2.26 ± 2.65	1.44	0.148		
Hezeyanlar	2.66 ± 3.57	0.40 ± 0.82	2.25	0.024	2.53 ± 3.60	0.40 ± 0.82	1.95	0.051	0.33 ± 1.04	0.40 ± 0.91	0.44	0.655		
Garip (Bizar) Davranış	0.53 ± 0.74	0.26 ± 0.45	0.95	0.341	0.60 ± 1.12	0.33 ± 0.48	0.25	0.802	0.00 ± 0.00	0.20 ± 0.41	1.79	0.073		
Pozitif Formal Düşünce Bozukluğu	1.06 ± 1.70	0.13 ± 0.35	2.08	0.037	1.00 ± 1.73	0.26 ± 0.59	1.30	0.190	0.00 ± 0.00	0.13 ± 0.51	1.00	0.317		

Tablo 6’da deney ve kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonra değerlendirmelerinde kullanılan SAPS genel ve alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda da grldği gibi SAPS genel ortalama puanı ve alt grup alanlarından varsanılar ve garip (bizar) davranış puan ortalamalarının uygulamadan önce deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Hezeyanlar ve pozitif formal düşünce bozukluğu alanında ise deney ve kontrol grubu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu, deney grubu puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Uygulama sonrasında ise deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Uygulamadan 3 ay sonra SAPS genel puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Ölçeğin alt boyut karşılaştirmasında ise puan ortalamaları arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 7’ de deney ve kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve 3 ay sonra SAPS genel ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tablo 7. Deney Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 Ay Sonra SANS Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SANS Genel ve Alt Grup Ortalama Puanları	Uygulama Öncesi X±SD	Uygulama Sonrası X±SD	Uygulamadan 3 ay sonra X±SD		
				x ^{2*}	p
Genel	8.06 ± 6.30	6.66 ± 6.37	1.73 ± 1.86	6.128	0.047
Duygulanımsal Küntlük	2.26 ± 2.81	1.93 ± 2.71	1.06 ± 1.03	0.140	0.933
Alogia	1.06 ± 1.48	1.00 ± 1.73	0.00 ± 0.00	8.435	0.015
Apati	1.06 ± 1.48	0.86 ± 1.24	0.40 ± 1.05	4.000	0.135
Anhedoni	3.06 ± 2.76	2.33 ± 2.41	0.26 ± 1.03	18.86	0.000
Dikkat	0.60 ± 0.98	0.53 ± 0.99	0.00 ± 0.00	8.400	0.150

*: Friedman x²

Tablo 7’de görüldüğü gibi, deney grubundaki hastaların SANS genel puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bulunan bu farkın hangi ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizde (Wilcoxon testi) uygulama öncesi-uygulama sonrası (z=1.990 p=0.047), uygulama sonrası-uygulamadan 3 ay sonrası (z=2.006 p=0.045) ve uygulama öncesi-uygulamadan 3 ay sonraki (z=2.701 p=0.007) ölçümler arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Deney grubundaki hastaların SANS alt grup puan ortalaması alogia için; uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bulunan bu farkın hangi

ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizde (Wilcoxon testi) uygulama öncesi-uygulamadan 3 ay sonraki ($z=2.388$ $p=0.017$) ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Anhedoni alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bulunan bu farkın hangi ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizde (Wilcoxon testi) uygulama öncesi-uygulama sonrası ($z=2.041$ $p=0.041$), uygulama sonrası-uygulamadan 3 ay sonrası ($z=2.536$ $p=0.011$) ve uygulama öncesi-uygulamadan 3 ay sonraki ($z=3.072$ $p=0.002$) ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Duygulanımsal küntlük, apati ve dikkat alt grup puan ortalamalarında ise sayısal olarak olumluya doğru bir düşüş olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 8. Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 Ay Sonra SANS Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SANS Genel ve Alt Grup Ortalama Puanları	Uygulama Öncesi X±SD	Uygulama Sonrası X±SD	Uygulamadan 3 ay sonra X±SD	x ² *	p
Genel	2.86 ± 1.50	2.80 ± 1.32	7.26 ± 8.49	0.480	0.787
Duygulanımsal Küntlük	0.93 ± 0.96	0.73 ± 0.88	4.40 ± 4.83	10.30	0.006
Alogia	0.26 ± 0,59	0.40 ± 0.63	1.13 ± 2.06	2.000	0.360
Apati	0.26 ± 0.79	0.20 ± 0.56	0.40 ± 0.73	1.368	0.504
Anhedoni	1.13 ± 1,18	1.20 ± 0.77	1.13 ± 1.80	0.842	0.656
Dikkat	0.26 ± 0.59	0.26 ± 0.59	0.20 ± 0.56	0.667	0.717

*: Friedman x²

Tablo 8' de görüldüğü gibi, kontrol grubundaki hastaların SANS genel ortalama puanının uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Duygulanımsal küntlük puan ortalamaları için; uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Alogia, apati, anhedoni, dikkat alt grup puan ortalamalarında önemli bir değişiklik saptanmamış ve aradaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 9. Deneş ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve Uygulamadan 3 Ay Sonra Değerlendirmelerinde Kullanılan SANS Genel ve Alt Grup Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

SANS Genel ve Alt Grup	Uygulama Öncesi		z		Uygulama Sonrası		z		Uygulamadan 3 ay sonra		z		p	
	Deneş	Kontrol			Deneş	Kontrol			Deneş	Kontrol				
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD								
Genel	8.06 ± 6.30	2.86 ± 1.50	1.57	0.115	6.66 ± 6.37	2.80 ± 1.32	1.04	0.296	1.73 ± 1.86	7.26 ± 8.49	1.93	0.053		
Duygulanımsal Küntlük	2.6 ± 2.81	0.93 ± 0.96	0.65	0.513	1.93 ± 271	0.73 ± 0.88	0.92	0.354	1.06 ± 1.03	4.40 ± 4.83	1.79	0.074		
Alogia	1.06 ± 1.48	0.26 ± 0.59	1.68	0.092	1.00 ± 1.73	0.40 ± 0.63	0.12	0.898	0.00 ± 0.00	1.13 ± 2.06	2.67	0.007		
Apati	1.06 ± 1.48	0.26 ± 0.79	1.97	0.048	0.86 ± 1.24	0.20 ± 0.56	1.73	0.083	0.40 ± 1.05	0.40 ± 0.73	0.65	0.514		
Anhedoni	3.06 ± 2.76	1.13 ± 1.18	2.14	0.032	2.33 ± 2.41	1.20 ± 0.77	0.64	0.521	0.26 ± 1.03	1.13 ± 1.80	1.75	0.080		
Dikkat	0.60 ± 0.98	0.26 ± 0.59	0.93	0.350	0.53 ± 0.99	0.26 ± 0.59	0.58	0.556	0.00 ± 0.00	0.20 ± 0.56	1.43	0.150		

Tablo 9' da deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonra değerlendirmelerinde kullanılan SANS genel ve alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi; SANS genel ortalama puanı ve alt grup alanlarından duygulanımsal küntlük, alogia, dikkat puan ortalamalarında uygulama öncesi deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Apati ve anhedoni alt grup puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubundaki hastaların apati ve anhedoni puanları kontrol grubuna göre olumsuz düzeyde yüksek bulunmuştur. Uygulama sonrasında deney ve kontrol grubu SANS genel ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında sayısal olarak deney grubunun ortalama puanları düşüş gösterirken kontrol grubunun puanları yükselme göstermiş ya da aynı oranda kalmıştır. Ancak puanlar arasındaki bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Uygulamadan 3 ay sonraki ölçümlerde de Alogia alt boyutu dışındaki boyutlar için aynı durum geçerlidir. Alogia alt boyutu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.05$).

Tablo 10'da deney grubundaki hastaların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve 3 ay sonra WHOQOL-BRIEF-TR alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 10. Deney Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 ay sonra WHOQOL-BRIEF Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

WOQOL-BRIEF Alt Grupları	Uygulama Öncesi X±SD	Uygulama Sonrası X±SD	Uygulamadan 3 ay sonra X±SD	χ^2 *	p
Fiziksel Alan	14.73 ± 1.94	15.13 ± 1.88	14.06 ± 1.16	4.13	0.126
Ruhsal Alan	8.06 ± 1.27	14.66 ± 2.09	13.66 ± 2.35	20.94	0.000
Sosyal Alan	7.80 ± 1.69	13.46 ± 3.33	12.46 ± 3.06	21.79	0.000
Çevresel Alan	8.60 ± 0.63	15.00 ± 1.25	14.20 ± 1.42	23.01	0.000
Kültürel Alan	13.86 ± 1.06	13.93 ± 1.03	13.86 ± 1.06	0.66	0.710
Genel Sağlık	6.46 ± 2.35	7.53 ± 1.88	7.53 ± 1.80	7.84	0.020

*: Friedman χ^2

Tablo 10’da görüldüğü gibi, deney grubundaki hastaların WHOQOL-BRIEF-TR alt grup ortalama puanları fiziksel alan için uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Hastaların WHOQOL-BRIEF-TR ile ilgili ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve genel sağlık alanı alt grup ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan için bulunan bu farkın hangi ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizde (Wilcoxon Testi) uygulama öncesi-uygulama sonrası ve uygulama öncesi-uygulamadan 3 ay sonraki ölçümler arasında fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Genel sağlık alanı için ise bulunan bu farkın uygulama öncesi-uygulama sonrasındaki ölçüm arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir ($z=2.648$, $p=0.008$). Kültürel alan açısından ölçümler arasındaki puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 11. Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 Ay Sonra WHOQOL-BRIEF-TR Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

WOQOL-BRIEF Alt Grupları	Uygulama Öncesi X±SD	Uygulama Sonrası X±SD	Uygulamadan 3 ay sonra X±SD	x²*	P
Fiziksel Alan	14.80 ± 2.14	14.40 ± 2.06	14.13 ± 2.50	0.51	0.775
Ruhsal Alan	7.66 ± 1.39	7.40 ± 1.12	7.40 ± 0.91	0.150	0.928
Sosyal Alan	7.40 ± 1.63	7.40 ± 0.82	7.26 ± 0.96	0.553	0.758
Çevresel Alan	10.00 ± 4.14	9.60 ± 3.31	9.06 ± 3.97	0.666	0.717
Kültürel Alan	14.53 ± 2.29	14.06 ± 3.01	14.13 ± 2.85	2.000	0.368
Genel Sağlık	6.26 ± 1.90	5.80 ± 2.30	5.40 ± 1.18	5.69	0.058

*: Friedman x²

Tablo 11’ de görüldüğü gibi kontrol grubundaki hastaların WHOQOL-BRIEF-TR alt grup fiziksel alan, ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan, kültürel alan ve genel sağlık alt grup puan ortalamalarında uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki ölçümlerde belirgin olarak bir değişim olmadığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 Ay Sonra Değerlendirmelerinde Kullanılan WOQOL-BRIEF-TR Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

WOQOL-BRIEF Alt Grupları	Uygulama Öncesi				Uygulama Sonrası				Uygulamadan 3 ay sonra			
	Deney	Kontrol			Deney	Kontrol			Deney	Kontrol		
	X±SD	X±SD	z	p	X±SD	X±SD	z	p	X±SD	X±SD	z	p
Fiziksel Alan	14.73 ± 1.94	14.80 ± 2.14	0.12	0.900	15.13 ± 1,88	14.40 ± 2.06	1.28	0.198	14.06 ± 1,16	14.13 ± 2.50	0.10	0.916
Ruhsal Alan	8.06 ± 1.27	7.66 ± 1.39	0.99	0.318	14.66 ± 2,09	7.40 ± 1.12	4.71	0.000	13.66 ± 2,35	7.40 ± 0.91	4.37	0.000
Sosyal Alan	7.80 ± 1.69	7.40 ± 1.63	1.12	0.259	13.46 ± 3,33	7.40 ± 0.82	1.27	0.202	12.46 ± 3,06	7.26 ± 0.96	0.16	0.865
Çevresel Alan	8.60 ± 0.63	10.00 ± 4.14	0.40	0.689	15.00 ± 1,25	9.60 ± 3.31	3.97	0.000	14.20 ± 1,42	9.06 ± 3.97	3.81	0.000
Kültürel Alan	13.86 ± 1.06	14.53 ± 2.29	0.79	0.427	13.93 ± 1,03	14.06 ± 3.01	0.25	0.798	13.86 ± 1,06	14.13 ± 2.85	0.38	0.701
Genel Sağlık	6.46 ± 2.35	6.26 ± 1.90	0.52	0.598	753 ± 1.88	5.80 ± 2.30	2.05	0.040	7.53 ±1,80	5.40 ± 1.18	3.15	0.002

Tablo 12' de görüldü gibi uygulama öncesinde deney ve kontrol grubunun WHOQOL-BRIEF-TR alt grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Uygulama sonrasında deney ve kontrol grubu WHOQOL-BRIEF-TR alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında ruhsal alan, çevresel alan ve genel sağlık alanı alt grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0.05$). Sosyal alan ve çevresel alan alt grup puan ortalamalarında ise deney grubunda sayısal olarak bir artış olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Uygulamadan 3 ay sonra ise ruhsal alan, çevresel alan ve genel sağlık alanı alt grup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur. Sosyal alan ve çevresel alan alt grup puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 13. Deney Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 ay sonra Sosyal İşlevsellik Genel ve Alt Grup Madde Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

SIÖ Genel ve Alt Grupları	Uygulama Öncesi X±SD	Uygulama Sonrası X±SD	Uygulamadan 3 ay sonra X±SD	x²*	p
Sosyal Uğraşı/ Sosyal Çekilme	21.86 ± 3.26	22.62 ± 2.72	21.80 ± 3.54	2.52	0.282
Kişilerarası İşlevsellik	13.60 ± 7.96	12.53 ± 7.70	14.53 ± 7.82	6.25	0.044
Boş Zamanları Değerlendirme	13.73 ± 4.81	23.40 ± 5.91	18.00 ± 5.22	22.27	0.000
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	34.93 ± 2.98	41.93 ± 2.46	36.13 ± 3.02	24.24	0.000
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	27.20 ± 6.28	28.46 ± 5.28	29.00 ± 6.54	5.21	0.074
İş – Meslek	11.53 ± 3.45	11.80 ± 3.36	12.73 ± 3.75	5.26	0.072
Genel	25.59 ± 3.97	22.62 ± 2.72	28.80 ± 4.84	12.31	0.002

*: Friedman x²

Tablo 13’ de görüldüğü gibi deney grubundaki hastaların SIÖ genel ve alt grup madde ortalama puanları sosyal uğraşı-sosyal çekilme için uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Hastaların SIÖ ile ilgili kişilerarası işlevsellik, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik alt grup puanlarında artış görülmüştür ve ortalamalar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kişiler arası işlevsellik için bulunan bu farkın hangi ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizde (Wilcoxon testi) uygulama öncesi-uygulama sonrasındaki ölçüm(z=2.961 p=0.003) ve uygulama

sonrası-uygulamadan 3 ay sonrasındaki($z=1.958$ $p=0.050$) ölçümler arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Boş zamanları değerlendirme alt alanı için bulunan bu farkın hangi ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizde (Wilcoxon testi) uygulama öncesi-uygulama sonrası($z=3.427$ $p=0.001$), uygulama öncesi-uygulamadan 3 ay sonrası($z=2,788$ $p=0.005$) ve uygulama sonrası-uygulamadan 3 ay sonraki($z=2.833$ $p=0.005$) ölçümler arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p<0.05$), bağımsızlık-yetkilik alt alanı içinse bu farkın üç ölçüm grubu arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Bağımsızlık-performans düzeyleri uygulama öncesi ile uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki puan ortalamalarında sayısal olarak bir artış olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Hastaların uygulama öncesi, uygulama sonrası, uygulamadan 3 ay sonraki SİÖ genel puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bulunan bu farkın hangi ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan analizde(Wilcoxon testi) uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki ölçüm arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 14. Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 Ay Sonra Sosyal İşlevsellik Genel ve Alt Grup Madde Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

SİÖ Genel ve Alt Grupları	Uygulama Öncesi X±SD	Uygulama Sonrası X±SD	Uygulamadan 3 ay sonra X±SD	x²*	p
Sosyal Uğraşı/ Sosyal Çekilme	22.79 ± 5.56	18.62 ± 4.06	17.86 ± 3.79	10.52	0.005
Kişilerarası İşlevsellik	10.26 ± 5.16	8.40 ± 4.99	8.33 ± 3.82	12.44	0.002
Boş Zamanları Değerlendirme	10.06 ± 3.99	15.06 ± 6.37	7.60 ± 4.64	22.61	0.000
Bağımsızlık Düzeyi-Yetkinlik	32.40 ± 6.36	37.20 ± 7.13	29.13 ± 6.70	21.73	0.000
Bağımsızlık Düzeyi-Performans	22.93 ± 10.22	21.73 ± 10.67	16.13 ± 8.82	15.61	0.000
İş – Meslek	10.93 ± 3.45	10.93 ± 3.36	11.06 ± 3.75	0.20	0.905
Genel	25.86 ± 6.19	18.62 ± 4.06	24.66 ± 5.02	20.31	0.000

*: Friedman x²

Tablo 14’ de kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve 3 ay sonra sosyal işlevsellik genel ve alt grup madde ortalama puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi kontrol grubunun SİÖ genel ve alt grup madde puan ortalamaları sosyal uğraşı/sosyal çekilme, kişiler arası işlevsellik, boş zamanları değerlendirme ve genel puan ortalamalarının uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki puanlarında belirgin olarak olumsuz doğru gittiği ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p<0.05).

İş –Meslek alt grup alanında ise gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubunun Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve 3 Ay Sonra Değerlendirmelerinde Kullanılan SİÖ Genel ve Alt Grup Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması

SİÖ Genel ve Alt Grupları	Uygulama Öncesi		z		Uygulama Sonrası		z		Uygulamadan 3 ay sonra		z	
	Deney	Kontrol			Deney	Kontrol			Deney	Kontrol		
	X ± SD	X ± SD	p	X ± SD	X ± SD	p	X ± SD	X ± SD	p			
Sosyal Uğraşı/ Sosyal Çekilme	21.86 ± 3.26	22.79 ± 5.56	0.97	0.328	22.62 ± 2.72	18.62 ± 4.06	2.89	0.004	21.80 ± 3.54	17.86 ± 3.79	2.75	0.006
Kişilerarası İşlevsellik	13.60 ± 7.96	10.26 ± 5.16	1.35	0.175	12.53 ± 7.70	8.40 ± 4.99	2.02	0.043	14.53 ± 7.82	8.33 ± 3.82	2.76	0.006
Boş Zamanları Değerlendirme	13.73 ± 4,81	10.06 ± 3.99	2.00	0.045	23.40 ± 5.91	15.06 ± 6.37	2.82	0.005	18.00 ± 5.22	7.60 ± 4.64	4.05	0.000
Bağımsızlık Düzeyi Yetkinlik	34.93 ± 2.98	32.40 ± 6.36	0.87	0.381	41.93 ± 2.46	37.20 ± 7.13	2.25	0.024	36.13 ± 3.02	29.13 ± 6.70	3.39	0.001
Bağımsızlık Düzeyi Performans	27.20 ± 6.28	22.9 ± 10.22	1.35	0.177	28.46 ± 5.28	21.73 ± 10.67	1.91	0.056	29.00 ± 6.54	16.13 ± 8.82	3.57	0.000
İş – Meslek	11.53 ± 3.58	10.93 ± 3.45	0.60	0.543	11.80 ± 3.70	10.93 ± 3.36	0.92	0.358	12.73 ± 3.57	11.06 ± 3.75	1.33	0.182
Genel	25.59 ± 3.97	25.86 ± 6.19	0.60	0.547	22.62 ± 2.72	18.62 ± 4.06	2.89	0.004	28.80 ± 4.84	24.66 ± 5.02	2.07	0.038

Tablo 15' de görüldüğü gibi uygulama öncesi deney ve kontrol grubunun SİÖ alt grupları sosyal uğraşı/ sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, bağımsızlık düzeyi yetkinlik, bağımsızlık düzeyi performans, iş – meslek ve genel puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubunun uygulama öncesi boş zamanları değerlendirme alt grup puan ortalaması karşılaştırıldığında ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Uygulama sonrası deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında SİÖ alt grupları sosyal uğraşı/ sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, boş zamanları değerlendirme, ve SİÖ genel puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bağımsızlık düzeyi ve iş-meslek alanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Uygulamadan 3 ay sonra ise SİÖ alt grupları sosyal uğraşı/ sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık düzeyi yetkinlik, bağımsızlık düzeyi performans ve SİÖ genel puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$). İş – Meslek alanında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

VI. TARTIŞMA

Bu bölümde, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde takip edilen 30 şizofreni hastasının (15 deney, 15 kontrol olan 2 grup) sosyal işlevsellik ve yaşam kalitelerine sorun çözme programının etkisi, sorun çözme programı uygulanan ve uygulanmayan şizofreni hastalarında Pozitif Belirtiler Ölçeği, Negatif Belirtiler Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde değişiklik olma durumu tartışılmıştır.

6.1. Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Bireysel ve Hastalık Özellikleri (Tablo 1, 2)

Şizofreni, algılama, düşünme ve gerçeği değerlendirme yetisi başta olmak üzere sosyal işlevsellik, motor davranış, dikkat, dürtü kontrolü, duygusal ifadeler ve yaşam kalitesini bozan, iş ve çalışma hayatını etkileyen, kişiler arası ilişkilerde bozulmaya neden olan bir hastalıktır (Barclay 2001, Sadock 2005).

Çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki hastaların %60'ını erkek hastalar, %40'ını kadın hastalar oluşturmaktadır. Her iki gruptaki hastaların yaş ortalamaları $35,06 \pm 8,87$ 'dir. Hastaların çoğu bekar veya duldur. Literatürde şizofreni insidansının erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu vurgulanmaktadır (McGrath 2005, Aleman ve ark. 2003). Ayrıca şizofreninin çoğunlukla 15-35 yaşlar arasında başladığı, hastalığın erken başlaması ve hastalık belirtileri nedeniyle bu hastalarda bekar ya da boşanma oranının yüksek olduğu vurgulanmaktadır (Sevinçok 2000, Amuk ve ark.2004, İlkay 2002, Nasrallah ve Smeltzer 2005).

Hastaların çoğu lise veya yüksekokul mezunudur. Literatürde ise şizofreninin genellikle eğitim düzeyi düşük olan bireylerde görüldüğü ya da modern yaşamın gerekliliklerinden biri olan eğitimi, hastaların belirtileri ve hastalığın kronik gidişli olması nedeni ile tedavilerini yarıda bıraktıkları, devam ettirmede güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (Işık 1994, Barclay ve Osvaldo 2000, Nasrallah ve Smeltzer 2005).

Çalışmamızda yer alan hastaların çoğu orta gelir düzeyindedir. Literatürde şizofreninin alt sosyoekonomik gruplarda yer alan kişilerde üst gruplara göre

yaklaşık 8 kat fazla olduğu belirtilmektedir (Sevinçok 2000, Holzer ve ark. 1986, Öztürk 2004).

Hastaların çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Literatürde; şizofreni hastalarının bilişsel işlevsellik ve sosyal işlevsellikteki bozulmaları nedeniyle genellikle herhangi bir işe devam etmelerinde veya bir işe başlamalarında sorun yaşadıkları belirtilmektedir (Milev ve ark. 2005, Clark 2004, Sevinçok 2000).

Hastaların hastalıkla ilgili özelliklerine bakıldığında çoğunlukla 6-10 yıldır hasta oldukları saptanmıştır.

6.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Uygulama Öncesi, Uygulama Sonrası ve Uygulamadan 3 Ay Sonra Pozitif Belirtiler Ölçeği ve Negatif Belirtiler Ölçeği Puanlarının Tartışılması (Tablo 4,5,6,7,8,9)

Şizofreni, nedeni iyi bilinmeyen, insanın duyu, düşünce ve davranışlarında önemli bozukluklarla seyreden kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısını önemli ölçüde etkileyen bir takım değişikliklere sebep olan, kronik gidişli tekrarlı hastane yatışlarının olduğu, belirtilerinin giderek ağırlaştığı bir bozukluk olarak kabul edilir. Şizofreninin pozitif belirtileri delüzyonlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma ve davranışlardaki aşırılıklardır. Negatif belirtileri ise toplumsal çekilme, ilgi ve istek kaybı, boşluk duygusu, düşünce içeriğinde yoksullaşma, psikomotor yavaşlama, duygulanımsal küntlük, kişisel bakımda yetersizlik gibi belirtileri kapsamaktadır (Öztürk 2004, Milev ve ark. 2005, Choen ve ark. 2008, Clark 2004).

Çalışmamızda uygulama öncesi deney grubundaki hastaların SAPS genel puanının uygulama öncesine göre uygulamadan 3 ay sonra oldukça düşük olduğu bulunmuştur. Kontrol grubundaki hastaların SAPS genel puanının ise geçen sürede minimal düzeyde arttığı gözlenmiştir. Görüldüğü gibi uygulama yapılan hastaların SAPS puanlarında belirgin düşme görülürken kontrol grubundaki hastaların SAPS puanlarında bir değişim olmamıştır. Bu sonuç uygulanan sorun çözme becerilerini geliştirme programının hastaların pozitif belirtilerinde de belirgin düzelmelere neden olduğunu göstermesi açısından önemlidir. SAPS kullanılarak yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde; ülkemizde yapılan şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle

yürütülen bir kulüp-ev denemesi çalışmasında ölçek genel puanı başlangıç 12.3 ± 3.3 , çalışma sonunda 11.4 ± 3.7 olarak bulunmuştur (Yıldız ve ark. 2003). Amuk ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan, şizofreni hastalarının bir yıllık izlem çalışmasında ölçek genel puanının başlangıçta 24.33 ± 17.62 , bir ay sonra 20.11 ± 18.05 , altı ay sonra 12.61 ± 14.83 , 12 ay sonra 12.83 ± 14.48 olduğu bildirilmiştir. Açıl (2006) tarafından yapılan, şizofrenik hastalarda fiziksel egzersizin ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkisi çalışmasında başlangıç puanı 18.20 ± 11.79 , uygulama sonrasında 11.20 ± 8.02 olduğu bulunmuştur. Deveci ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan ; şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi çalışmasında uygulama öncesi grubun SAPS genel puanının 8.5 ± 9.9 ve uygulama sonrası 3.4 ± 6.0 olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda hastaların uygulama öncesi SAPS genel puanının literatürdeki diğer çalışma sonuçlarına göre düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum çalışmaya alınan hastaların, hastalığın aktif dönemini atlattığı, düzenli ilaç kullanan, düzenli kontrollerine gelen remisyondaki bireyler arasından seçilmesinin sonucu olabilir. Ancak bu durum kontrol grubunda bulunan hastalar içinde geçerlidir. Dolayısıyla sorun çözme programının hastalarda mevcut olan pozitif belirtilerde bir düzelmeye neden olduğu söylenebilir.

Ölçek alt gruplarına bakıldığında; 6 haftalık sorun çözme programı uygulaması sonunda deney grubundaki hastaların Pozitif Belirtiler Ölçeğinin tüm alt grup puanlarında olumlu düzeyde bir düşme olduğu olmuştur. Özellikle uygulama öncesinde hezeyanlar 2.66 ± 3.57 , garip davranış 0.53 ± 0.74 , pozitif formal düşünce bozukluğu 1.06 ± 1.70 iken uygulama sonrası hezeyanlar 2.53 ± 3.60 , garip davranış 0.60 ± 1.12 , pozitif formal düşünce bozukluğu 1.00 ± 1.73 ve uygulamadan 3 ay sonra hezeyanlar 0.33 ± 1.04 , garip davranış 0.00 ± 0.00 , pozitif formal düşünce bozukluğu 0.00 ± 0.00 olarak bulunmuştur. Uygulama sonrasında ve 3 ay sonra üç alanda da anlamlı düzeyde azalma olmuştur ($p < 0.05$). Literatür incelendiğinde sorun çözme programı uygulaması ve hastalık belirtilerini ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Buna göre ilaç tedavisini sürdüren ve haftada 1 gün ortalama 1 saat süre ile uygulanan sorun çözme programının hastaların özellikle hezeyanlar, garip davranış ve pozitif formal düşünce alanı olmak üzere pozitif belirtileri üzerine

olumlu etkilerinin olduğu söylenebilir. Bu durum bireylerin kişiler arası işlevselliklerinin artmasına, uygulamayı sosyal bir aktivite olarak değerlendirmelerine, uygulamanın grup halinde uygulanması ve grup içinde düşündürmeye yönlendirilerek kendilerini ifade etme olanaklarının sağlanması ve bireylerin yaşadıkları sorunlarla etkili baş etme stratejisi geliştirmelerine bağlı olabilir.

Çalışmamızda uygulama sonrası deney ve kontrol grubunun SAPS genel puanları karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ancak deney grubunun diğer alt grup puanlarında sayısal olarak olumlu düzeyde azalma olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuca göre, sorun çözme programının hastaların pozitif belirtilerinin azalmasına belirli oranda katkı sağladığı ancak daha yüksek bir düzelme için programın sürekliliğinin sağlanmasının yararlı olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda uygulama öncesi deney grubundaki hastaların Negatif Belirtiler Ölçeği genel puanı 8.06 ± 6.30 , kontrol grubundaki hastaların ise 2.86 ± 1.50 olarak bulunmuş, uygulama sonrasında deney grubundaki hastaların SANS genel puanı 6.66 ± 6.37 , kontrol grubundaki hastaların 2.80 ± 1.32 , uygulamadan 3 ay sonra deney grubunun 1.73 ± 1.86 , kontrol grubunun 7.26 ± 8.49 olduğu bulunmuştur. SANS kullanılarak yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde; Amuk ve arkadaşlarının (2004) yaptığı şizofreninin bir yıllık izleme çalışmasında SANS genel puanı başlangıçta 32.83 ± 19.20 , 1 ay sonra 28.64 ± 19.13 , 6 ay sonra 20.53 ± 17.69 , 12 ay sonra 22.06 ± 19.86 olarak bulunmuştur. Açıl (2006) tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise SANS genel puanı başlangıçta 25.60 ± 17.25 , uygulama sonrasında 15.20 ± 12.28 olduğu bulunmuştur. Şizofrenide nörobilişsel semptom ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan bir çalışmada yatan hastaların SANS genel puanının 39.8 ± 12.8 ve ayaktan takip edilen hastaların 25.5 ± 15.2 olduğu tespit edilmiştir (Revheim ve ark. 2006). Negatif belirtiler toplumsal geri çekilme, içe kapanma, kendine bakımın azalması gibi belirtilerle bireyin bağımsız yaşaması, bireysel ve toplumsal işlevselliğini engelleyen ve bozan bir etkiye sahiptir (Cohen ve ark. 2008, Yıldız ve ark. 2005).

Literatür incelendiğinde sorun çözme programı uygulaması ve hastalık belirtilerini ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Deveci ve arkadaşları (2008) tarafından sorun çözme alanını da kapsayan psikososyal beceri eğitimi çalışmasında SANS genel puanı uygulama öncesi 33.7 ± 19.3 , uygulama sonrası ise 22.1 ± 15.7 olarak bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda ölçek alt grupları incelendiğinde, deney grubunun tüm puanlarında olumlu düzeyde sayısal bir düşme olurken kontrol grubu ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Sorun çözme programı uygulama öncesinde deney grubundaki hastaların SANS genel ve alt grup puanlarının kontrol grubuna göre sayısal olarak yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

6.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yaşam Kalitesi (WHOQOL-BRIEF-TR) Puanları ile Yaşam Kalitesi ve Sorun Çözme Programı Arasındaki İlişkinin Tartışılması (Tablo 10, 11, 12).

Yaşam kalitesi, kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel anlamda temel ihtiyaçlarının karşılanması ve bireysel iyilik halini ifade etmektedir (Deveci ve ark. 2008, Soygür 2003, Şimşek 2001). Şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtilerin varlığı, kronik bir gidişin olması, damgalanma, anksiyete, depresyon, ilaç yan etkileri nedeniyle yaşam kalitelerinin düşük olduğu vurgulanmıştır (Katsching 2000, Huppert ve ark. 2001, Soygür 2003, Buckley ve ark. 2004).

Çalışmamızda deney grubundaki hastaların WHOQOL-BRIEF-TR alt grup puan ortalamaları incelendiğinde uygulama öncesi; fiziksel alan için 14.73 ± 1.94 , ruhsal alan için 8.06 ± 1.27 , sosyal alan için 7.80 ± 1.69 , çevresel alan için 8.60 ± 0.63 , kültürel alan için 13.86 ± 1.06 ve genel sağlık alanı için 6.46 ± 2.35 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise, uygulama öncesi fiziksel alan için 14.80 ± 2.14 , ruhsal alan için 7.66 ± 1.39 , sosyal alan için 7.40 ± 1.63 , çevresel alan 10.00 ± 4.14 , kültürel alan için 14.53 ± 2.29 , genel sağlık alanı için 6.26 ± 1.90 olduğu bulunmuştur. Uğuz ve arkadaşları (2006) tarafından behçet hastaları üzerinde yaşam kalitesi ile ilgili yapılan bir çalışmada bu hastaların WHOQOL-BRIEF-TR ölçeği alt gruplarından fiziksel alan için 59.76 ± 18.28 , ruhsal alan için 59.21 ± 17.03 , sosyal

alan için 65.83 ± 20.04 , çevresel alan için 59.49 ± 14.75 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda uygulama öncesi WHOQOL-BRIEF-TR puanları, behçet hastalığı olan bireylerin puanlarına göre oldukça düşük bulunmuştur. Doğan ve arkadaşlarının (2002) ayaktan takip edilen şizofreni hastaları için uygulanan psikososyal yaklaşım çalışmasında uygulama öncesi hastaların WHOQOL-BRIEF-TR alt gruplarından fiziksel alan için uygulama öncesi 3.15 ± 0.96 , ruhsal alan için 3.71 ± 0.61 , sosyal alan için 3.30 ± 0.53 , çevresel alan için 3.54 ± 0.46 , sosyal alan için 3.30 ± 0.53 ve genel sağlık alanı için 2.75 ± 0.97 olarak bulunmuştur. Uygulama sonrasında ise fiziksel alan 3.48 ± 0.72 , ruhsal alan 3.81 ± 0.80 , sosyal alan 3.70 ± 0.53 , çevre alanı 3.74 ± 0.48 ve genel sağlık alanı için 3.16 ± 0.84 olarak bir artış olduğunu saptamışlardır. Literatürde şizofrenik bireylerin yaşam kalitesinin normal bireyler ve sadece bedensel hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinden daha düşük olduğu belirtilmektedir (Pinikhana 2002, Eren ve ark. 2007, Franz ve ark. 2000). Ancak rehabilitasyon programları uygulanan şizofreni hastalarının programdan sonra yaşam kalitelerinin olumlu düzeyde arttığı bulunmuştur (Holzner ve ark. 1998, Sellwood ve ark. 1999, Yıldız 2002, Üçok 2006, Patterson ve Leeuwenkamp 2008).

Chan ve Yu (2004) şizofreni hastalarının %50' sinden fazlasının çevresindeki insanlar ile sosyal etkileşime geçmekte zorlandıklarını ve bu durumun şizofreni hastalarında semptom düzelmesi ve tedavi sonuçlarını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Çalışmalar psikososyal rehabilitasyon programlarının şizofrenik bireylerin kişiler arası etkileşimlerini ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Pinikhana 2002, Üçok ve ark. 2006, Addington 1999, Yıldız 2002). Literatür incelendiğinde sorun çözme programının yaşam kalitesi üzerine etkisini doğrudan gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak psikososyal rehabilitasyon çalışmaları sonuçları bizim bulgularımızı desteklemektedir (Aker ve Yazıcı 2000, Alptekin 2004, Baker 2000, Bechdolf ve ark. 2004, Bellack ve Mueser 1993, Benton ve Schroeder 1990, Brenner ve Pfammatter 2000, Broker ve ark. 1994, Doğan ve ark. 2002, Güney ve ark. 2001, Patterson ve Leeuwenkamp 2008, Üçok ve ark. 2006, Yıldız ve ark. 2005).

Çalışmamızda 6 hafta boyunca, haftada 1 gün, ortalama 1 saat süreyle uygulanan sorun çözme programı hastaların yaşam kalitelerinde olumlu etki sağlamış

ve hastaların puanları yükselmiştir. Özellikle uygulanan program ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve genel sağlık alanı puanında anlamlı bir gelişme sağlamıştır ($p<0.05$). Bununla birlikte yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel alan ve kültürel alanda sorun çözme programının anlamlı bir katkısının olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Fiziksel alan; çalışabilme gücü, canlılık ve bitkinlik, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, ağrı ve rahatsızlık, uyku-dinlenme gibi alanları ve kültürel alan ise bireyin kontrolü dışındaki dış faktörleri kapsamaktadır. Bu nedenle bilişsel yetilere hitap eden sorun çözme programının bu alanlarda tek başına yeterli olması pek mümkün değildir. Düzenli programlara katılmakla bireylerin canlılık ve bitkinlik, çalışabilme gücü, uyku-dinlenme ve özgüven artışının fiziksel ve kültürel alan puanını arttırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kontrol grubundaki hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BRIEF-TR) alt grup puan ortalamalarının uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonrası ölçümlerinde farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubu arasındaki bu farklılığın deney grubundaki hastalara planlı ve düzenli olarak uygulanan sorun çözme programından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmamızda WHOQOL-BRIEF-TR alt grup puan ortalamaları deney ve kontrol grubundaki hastalar için karşılaştırıldığında uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonra özellikle ruhsal alan, çevresel alan ve genel sağlık alanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan çalışmalarda psikiyatrik bozukluğu olan bireylere uygulanan sorun çözme programının hastaların bireysel baş etme yeteneğinde, psikolojik semptomlarla baş etme ve kişiler arası ilişkilerinde artmaya sebep olduğu vurgulanmaktadır (Medalia ve ark. 2000, Revheim ve ark 2006, Rushe ve ark 1999, Miller 1989, Falloon 2000). Bu alanlar ise yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Blanchard ve arkadaşları (2004) yaptıkları bir çalışmada şizofrenik bireylerin sorun çözme becerilerinin bozuk olduğu, bu sonucunda hastaların dikkat, sosyal davranışlar, aile üyeleri ve kişiler arası ilişkilerde bozulmaya neden olduğunu vurgulamışlardır. Dikkat, sosyal davranış, kişiler arası ilişkiler, psikolojik semptomlarla baş etme yetenekleri; WHOQOL-BRIEF-TR alt alanlarından ruhsal, çevresel ve genel sağlık

alanı ile doğrudan alakalı olduğu için sorun çözme programının şizofrenik bireylerin yaşam kalitesini arttırmada etkili bir program olduğu söylenebilir. Elde edilen sonuca göre araştırmanın II. ve IV.hipotezi (II. Sorun çözme programı uygulanan şizofrenik hastalarla program uygulanmayan hastaların yaşam kalitesi (WHOQOL-BREF-TR) puanları arasında fark vardır. IV. Sorun çözme programı uygulanan şizofrenik hastaların program öncesi ile program sonrası yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.) kabul edilmektedir. Ancak sosyal ve çevresel alan kişinin kendi dışındaki faktörlerden oluştuğu için bu alanlar üzerine etkisinin olmadığı düşünülmektedir.

6.4. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği Puanları İle Sosyal İşlevsellik ve Sorun Çözme Programı Arasındaki İlişkinin Tartışılması (Tablo 12, 13, 14).

Sosyal işlevsellik genel olarak bireyin çalışabilme, kişiler arası ilişkileri sürdürebilme ve gereksinimlerini karşılayabilme olarak tanımlanabilir. Sosyal işlevsellikte bozulma şizofreni tanı ölçütleri arasında yer almakta ve hastalığın gidişi açısından oldukça önem taşımaktadır. Sosyal geri çekilme, kişiler arası ilişkilerin azalması, sosyal etkinliklerde azalma, kendi başına yaşamını sürdürememe ve iş alanında işlevsellik kaybı gibi becerilerin kaybı hastalığın ilk başından itibaren ortaya çıkan belirtilerdir. Bu nedenle bazı araştırmacılar şizofrenideki tedavi hedefini doğrudan sosyal işlevsellikteki artma olarak tanımlamışlardır (Tarrier 1988, Danacı ve ark. 2005, Torres ve ark. 2002).

Çalışmamızda deney grubundaki hastaların SİÖ genel ve alt grup puan ortalamaları incelendiğinde uygulama öncesi genel 25.59 ± 3.97 ; sosyal uğraşı/sosyal çekilme için 21.86 ± 3.26 , kişiler arası işlevsellik için 13.60 ± 7.96 , boş zamanları değerlendirme için 13.73 ± 4.81 , bağımsızlık düzeyi-yetkinlik için 34.93 ± 2.98 , bağımsızlık düzeyi-performans için 27.20 ± 6.28 , iş-meslek alanı için 11.53 ± 3.45 olarak bulunmuştur. Addington ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmış olan şizofrenide nörobilişsel yetenek ve sosyal işlevsellik çalışmasında sosyal geri çekilme puanı için 9.93 ± 2.25 , kişiler arası işlevsellik için 6.85 ± 1.71 , boş zamanları değerlendirme için 21.26 ± 5.4 , bağımsızlık-performans için 28.63 ± 5.01 , bağımsızlık-yetkinlik için 35.23 ± 3.54 , iş-meslek için 4.64 ± 3.00 olarak bulunmuştur. Görüldüğü gibi bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki sonuçlarla hemen

hemen uyumludur. Danacı ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan şizofreni hastalarında aile işlevselliği ve sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi çalışmasında hastaların SİÖ puanları geri çekilme için 93.81 ± 9.65 , kişiler arası işlevsellik için 102.83 ± 20.12 , sosyal etkinlikler için 102.04 ± 16.88 , hobiler için 98.29 ± 13.71 , iş alanı için 105.45 ± 14.22 olarak bulunmuştur.

Torres ve arkadaşları (2002) tarafından yapılan şizofrenide tren oyunu yöntemi ile sorun çözme eğitiminin sosyal işlevselliği geliştirmeye etkisi çalışmasında ölçeğin başlangıç puanları sosyal geri çekilme için 93.68 ± 15.38 , kişiler arası işlevsellik için 93.63 ± 11.84 , bağımsızlık-performans için 94.28 ± 13.70 , bağımsızlık-yetkinlik için 99.56 ± 12.59 , boş zamanları değerlendirme için 97.63 ± 15.54 ve iş-meslek için 89.96 ± 12.17 olarak bulunmuştur.

Şizofreni hastalarının sosyal işlev düzeylerini araştırmak için yapılan bazı çalışmalarda sosyal işlevselliğin şizofreni hastalığı için bir tanı kriteri olduğu ve şizofrenik bireylerin sosyal işlev görme düzeylerinin oldukça düşük olduğu vurgulanmaktadır (Torres ve ark. 2002, Danacı ve ark. 2005, Addington 1999, Sevinçok 2000, Milev ve ark. 2005, Bora ve ark. 2005). Literatür incelendiğinde sorun çözme programının doğrudan sosyal işlevsellik düzeyi üzerine yapılmış çalışmalara rastlanmamıştır.

Bu çalışmada uygulama sonrası sosyal geri çekilme puanları 22.62 ± 2.72 , kişiler arası işlevsellik için 12.53 ± 7.70 , boş zamanları değerlendirme 23.40 ± 5.91 , bağımsızlık düzeyi yetkinlik 41.93 ± 2.46 , bağımsızlık düzeyi performans 28.46 ± 5.28 , iş-meslek için 11.80 ± 3.36 ve genel puanı 22.62 ± 2.72 olarak bulunmuştur. Uygulamadan 3 ay sonra ise bu puanlar sırasıyla 21.80 ± 3.54 , 14.53 ± 7.82 , 18.00 ± 5.22 , 36.13 ± 3.02 , 29.00 ± 6.54 , 12.73 ± 3.75 ve 22.62 ± 2.72 olarak bulunmuştur. Uygulamadan sonraki puanlar incelendiğinde sosyal geri çekilme, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik, bağımsızlık düzeyi-performans alanları puan ortalamalarında olumlu düzeyde artma meydana gelmiştir. Bununda 6 haftalık sorun çözme programı uygulamasının grup halinde yapılması, grup içinde sosyal aktivitelere yer verilmesi, gruba kendi başlarına gelip gitmeleri, kendilerini ifade etmelerine olanak sağlanması ve desteklenmeleri, günlük yaşam aktivitelerinde zorlandıkları alanlar için desteklenmeleri ve karşılaştıkları sorunlara sistematik bir

yaklaşım gösterebilmeleri konusunda yol gösterilmesinin sebep olduğu düşünülmektedir.

Ancak uygulamadan 3 ay sonraki puanları incelediğinde uygulama sonrasına göre sosyal geri çekilme, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık düzeyi-yetkinlik alanları puanlarında uygulama sonrasına göre bir düşüş olduğu görülmüştür. Bu sonucun; programın sürekli olmaması, hastaların sosyal bir ortamdan uzak kalmaları sebebiyle olduğu düşünülmektedir.

Uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki puanlar karşılaştırıldığında kişiler arası işlevsellik, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık düzeyi yetkinlik ve genel puanlarında istatistiksel olarak olumlu düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Torres ve arkadaşlarının (2002) yaptıkları tren oyunu yöntemi ile sorun çözme eğitimi çalışmalarında da uygulama sonrasında hastaların sosyal işlevsellik puanlarında anlamlı bir artma olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ancak bizim çalışmamızda Hastaların bağımsızlık-performans ve iş-meslek alanı puanlarında sayısal bir artış olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Genel olarak psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin özellikle şizofreni hastalarının sorun çözme becerileri bozulmuştur. Bu da hastaların tüm yaşam alanlarında özellikle sosyal işlevsellik düzeylerinde olumsuz bir etki yapmaktadır. İlaç tedavisine ek olarak uygulanan, sorun çözme programını da kapsayan psikososyal rehabilitasyon programlarının hastaların sosyal işlevsellik düzeylerini artırılabilceği belirtilmektedir (Minassian, Perry 2003, Medalia ve ark. 2000, Yamashita ve ark. 2004, Üçok ve ark. 2006, Rushe ve ark. 1998, Revheim ve Medalia 2002, Falloon 2000, Bedel ve ark.1998, Zonello ve ark. 2003, Eskin ve ark. 2006). Nitekim bizim çalışmamızda da sonuçlar olumlu derecede artmıştır.

Eskin ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri çalışmasında psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin sorun çözme becerisi düzeylerinin hem intihar hemde intihar girişimlerini tetiklemede travmatik yaşam olaylarından daha etkili olduğunu göstermiştir.

Çalışmamızda kontrol grubundaki hastaların SİÖ genel ve alt grup puan ortalamalarının uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki ölçümlerde olumsuz düzeyde azaldığı ve aradaki farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Fakat iş-meslek alanında önemli bir değişiklik olmamıştır. Kontrol grubunun sosyal işlevsellik puanlarındaki bu azalmanın; 2 hastanın iyileştiğini düşünerek ilaçlarını bırakmalarına ve negatif belirtilerinde artma olmasına, 1 hastanın atak geçirmesi nedeniyle hastaneye yatmasına ve 1 hastanın da annesini kaybetmesi sonucu ağır bir strese maruz kalmasına, dolayısıyla bu hastaların sorun çözmede yetersizlik yaşamalarına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda SİÖ alt grup puan ortalamaları deney ve kontrol grubundaki hastalar için uygulama öncesi, sonrası ve uygulamadan 3 ay sonraki karşılaştırmalarda iş-meslek alt alanı hariç tüm alt alanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İş-meslek alt alanı için deney grubundaki hastaların puanında bir artış olmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Şizofrenik bireyler toplumsal damgalanma, bilişsel yetersizlikler, ilaçların yan etkileri, duygulanım, kişiler arası ilişkiler ve benlik saygılarında azalma nedeniyle çoğu zaman bir işe başlamayı, işte devamlılık göstermeyi başaramazlar (Doğan 2002). Bizim çalışmamızda ise program sonrasında deney grubundaki 3 hasta iş bulmuş ve çalışmaya başlamışlardır. Çalışma sonuçlarımıza göre sorun çözme programının iş-meslek alanına kısmi bir katkısı olmakla birlikte anlamlı bir fark bulunmamıştır ve literatür bu sonucu desteklemektedir (Torres ve ark. 2002, Birchwood ve ark. 1990, Burns ve Patrick 2007).

Literatürde sorun çözme programının şizofrenide sosyal işlevsellik düzeyine etkisi ile ilgili direkt bir çalışma bulunmamakla birlikte yapılan diğer çalışmalarda sorun çözme programı uygulanan hastaların sosyal, psikolojik işlev düzeylerinde artma olduğu sonucu vurgulanmaktadır (Üçok ve ark. 2006, Yamashita ve ark. 2004, Medalia ve ark. 2000, Minassian, Perry 2003, Rushe ve ark. 1998, Revheim ve Medalia 2003, Falloon 2000, Bedel ve ark. 1998, Zonello ve ark. 2003).

Şizofreni gibi ciddi ruhsal rahatsızlığı olan hastaların sosyal işlevselliklerini ve yaşam kalitesini arttırmak için toplum içerisinde yürütülen çeşitli rehabilitasyon

çalışmaları bulunmaktadır. Üçok ve arkadaşları (2006) tarafından 10 aylık sürede 46 hastaya içerisinde sorun çözme oturumunda bulunduğu psikoeğitsel grup programı uygulanmış ve hastaların program öncesi ve sonrası puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yıldız ve arkadaşları tarafından 14 hastaya 8 ay süreyle uygulanan Psikososyal Rehabilitasyon Kulüp-evi programı sonunda hastaların sosyal işlevsellik düzeyi ve klinik durumlarında olumlu yönde artma olduğu bulunmuştur. Çetinkaya Duman ve arkadaşları (2007) tarafından 30 şizofreni hastasına 6 ay süreyle uygulanan sorun çözme programını da içeren Topluma Yeniden Katılım Programı sonucunda hastaların kontrol randevularına daha fazla uyum gösterdikleri ve kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği puanlarında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Sorun çözme programını da kapsayan Ruhsal Toplumsal Rehabilitasyon Kulüp-evi, Toplumda Yaşama Programı ve Olgu Yönetimi gibi toplum içerisinde rehabilitasyon amaçlı yürütülen programların birkaç yıl gibi uzun süreli uygulamalarının hastaların klinik düzelmelerinde, sosyal işlevselliklerinin artmasında ve öznel iyilik hallerinin devamında etkili oldukları bildirilmektedir (Brekke ve Long 2000, Yıldız 2001, Sevinçok 2000, Yamaguchi ve ark.2006).

Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerlikler göstermektedir. Hastaların sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesini arttırmak için uygulanan sorun çözme programının kısa süreli olmasına rağmen bireylerin genel durumlarında olumlu değişimler olduğu bulunmuştur. Buna göre 6 haftalık sorun çözme programının bireylerin sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesinin artmasına katkısının olduğu, farmakolojik ve psikososyal tedavi yaklaşımları ile birlikte kullanıldığında daha olumlu sonuçlar sağlayabileceği söylenebilir. Elde edilen sonuca göre araştırmanın I. ve III. hipotezleri (I. Sorun çözme programı uygulanan şizofrenik hastalarla program uygulanmayan hastaların sosyal işlevsellik puanları arasında fark vardır. III. Sorun çözme programı uygulanan şizofrenik hastaların program öncesi ile program sonrası sosyal işlevsellik puanları arasında fark vardır.) kabul edilmiştir.

VII. SONUÇLAR

Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde şizofreni tanısı ile ayaktan takip edilen hastalara 6 hafta boyunca haftada 1 gün, ortalama 60 dakika anlatım, soru-cevap, vaka tartışması ve rol oynama şeklinde uygulanan sorun çözme programının hastaların sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkisini ortaya çıkartmayı amaçlayan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Her iki gruptaki hastaların çoğu erkek, 35 yaş ve altı yaş grubunda, bekar, orta gelirli, herhangi bir işte çalışmamakta, ortalama 6-10 yıl süre ile hastalık belirtileri bulunmaktadır (Tablo1-2).

- Deney grubundaki hastaların SAPS genel ortalama puanının sorun çözme programı uygulamasından önce 5.53 ± 6.40 olduğu bulunmuştur. Hastaların SAPS genel ortalama puanının uygulamadan sonraki ölçümde 5.33 ± 6.59 olduğu, 3 ay sonraki ölçümde ise 1.20 ± 2.17 olduğu bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı derecede puanların azaldığı görülmüştür ($p < 0.05$). Ölçeğin alt gruplarında ise sorun çözme programına bağlı olarak hastaların özellikle hezeyanlar, garip (bizar) davranış ve pozitif formal düşünce bozukluğu alt grup puan ortalamalarının belirgin düzeyde düştüğü belirlenmiştir. Buna karşılık kontrol grubundaki hastaların SAPS genel ve alt grup ortalama puanlarında program öncesine göre sonraki ölçümlerde farklılık olmadığı ($p > 0.05$), yalnızca varsanı alt boyutunun puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir yükselmenin olduğu görülmüştür ($p < 0.05$) (Tablo 4,5).

- Deney ve kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi ve sonrası SAPS genel ve alt grupları karşılaştığında sorun çözme programı arasında önemli farklar olmadığı, deney grubundaki hastaların hezeyanlar ve pozitif formal düşünce bozukluğu alt grup ortalama puanların kontrol grubundaki hastaların hezeyanlar ve pozitif formal düşünce bozukluğu puan ortalamalarından yüksel olduğu saptanmıştır. Programdan sonra deney grubundaki hastaların puanlarında düşme olurken kontrol grubundaki hastaların ise puanlarında artış gözlenmiştir. Uygulamadan 3 ay sonraki ölçümde ise deney grubundaki hastaların

ortalama puanlarında kontrol grubuna göre belirgin bir düşme olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda önemli bir değişme olmamıştır (Tablo 6).

- Deney grubundaki hastaların SANS genel puan ortalaması uygulamadan sonraki ölçümlerde uygulama öncesine göre anlamlı düzeyde düşmüştür. Sorun çözme programına bağlı olarak SANS tüm alt puan gruplarında düşme olduğu bulunmuştur. Ancak duygulanımsal küntlük, apati ve dikkat alt grup puanlarında düşme olduğu halde, bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Buna karşılık kontrol grubundaki hastaların SANS genel puan ortalamalarının geçen sürede olumsuz düzeyde yükseldiği gözlenmiştir (Tablo 7, 8).

- Deney ve kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi ve sonrası SANS genel ve alt grupları karşılaştırıldığında, sorun çözme programı öncesi deney ve kontrol grubunun SANS puanları arasında önemli bir fark olmadığı ancak deney grubundaki hastaların, kontrol grubundaki hastalara oranla apati ve anhedoni alt grup belirtilerini daha fazla yaşadığı belirlenmiştir. Uygulama sonrasında deney grubundaki hastaların SANS puan ortalamalarında düşüş olduğu gözlemlenmiştir. Ancak kontrol grubundaki hastalar ile karşılaştırıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Uygulamadan 3 ay sonra deney ve kontrol grubundaki hastalar karşılaştırıldığında deney grubundaki ortalama puanlarda belirgin bir düşme varken kontrol grubunun puanlarında ise önemli bir değişikliğin olmadığı görülmüştür (Tablo 9).

- Deney grubundaki hastaların 6 haftalık sorun çözme programı sonrası WHOQOL-BRIEF alt grup puanlarında fiziksel alan ve kültürel alan haricinde diğer alt grup ortalama puanlarında sorun çözme programına bağlı olarak anlamlı düzeyde bir artış olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Uygulamadan 3 ay sonraki puanlarda uygulama sonrasına göre minimal düşme olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

- Kontrol grubundaki hastaların ise WHOQOL-BRIEF alt grup puan ortalamalarında uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonrası ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 11).

- Her iki gruptaki hastaların ise WHOQOL-BRIEF-TR alt grup puan ortalamaları ayrı ayrı karşılaştırıldığında deney grubundaki hastaların puanlarında artış olmasına rağmen ruhsal, sosyal ve genel sağlık alanlarında program sonrasında her iki grubun ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre sorun çözme programının yaşam kalitesi yönünden özellikle ruhsal alan, sosyal alan ve genel sağlık alanlarına olumlu yönde katkı sağladığı saptanmıştır (Tablo 12).

- Deney grubundaki hastaların 6 haftalık sorun çözme programı sonrası SİÖ alt grup puanlarında özellikle uygulama sonrasında bir artış olduğu bulunmuştur. Ancak kişiler arası işlevsellik puanında minimal bir düşüş ve iş-meslek alanı puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Uygulamadan 3 ay sonraki ölçümde diğer alt grupların ortalama puanlarında uygulama sonrasındaki puanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur. Özellikle boş zamanları değerlendirme ve bağımsızlık düzeyi yetkinlik (34.93 ± 2.98 , 41.93 ± 2.46 , 36.13 ± 3.02) puanlarının sorun çözme eğitime bağlı olarak anlamlı düzeyde yükseldiği saptanmıştır (Tablo 13).

- Kontrol grubundaki hastaların SİÖ alt grup puanlarında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşme olduğu bulunmuştur (Tablo 14).

- Her iki gruptaki hastaların SİÖ alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında iş meslek alt grubu hariç diğer alt gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre programın sosyal işlevsellik yönünden iş meslek alt grubu hariç diğer alanlara olumlu yönde katkı sağladığı saptanmıştır (Tablo 15).

VIII. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Şizofreni hastalarına hemşireler tarafından düzenli olarak sorun çözme programının uygulanması,

2. Şizofrenik hastaların taburculuk sonrası günlük yaşantılarında karşılaştıkları sorunları etkin bir şekilde çözümlenmeleri ve baş etme yeteneklerini geliştirebilmeleri için klinikte tedavi gören hasta ve hasta bakımında rol alan aile üyelerine hemşireler tarafından sorun çözme becerilerini geliştirme programının yararları konusunda planlı eğitimler yapılması, sorun çözme tekniklerinin öğretilmesi ve bakımdan birinci derecede sorumlu bir aile üyelerinin programa dahil edilmesi, taburculuk sonrası bu hastaların aralıklı izlemlerinin yapılması,

3. Klinik bakımda sorun çözme becerilerini geliştirme programının hemşireler tarafından planlı olarak uygulanması,

4. Şizofreni hastalarına psikososyal ve farmakolojik tedavi yöntemlerinin birlikte uygulandığı karşılaştırmalı çalışmalar yapılması,

5. Şizofrenik hastalarda sorun çözme programı uygulamasının etkileri ile ilgili özellikle klinik ortamlarda ve daha geniş örneklem ile benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

IX. ÖZET

Araştırma, sorun çözme programının şizofrenik bozukluğu olan bireylerin sosyal işlevsellik düzeyleri ve yaşam kalitesine etkisini ortaya koymak amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Kliniği' ne şizofreni tanısı ile yatıp taburcu olan ve ayaktan takip edilen 164 şizofrenik birey oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, Sivas il merkezinde oturan, araştırmaya katılmayı kabul eden, yaş, cinsiyet ve hastalık belirtileri açısından benzer özellikler gösteren 30 (15 deney, 15 kontrol grubu) hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Negatif-Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BRIEF-TR) kullanılarak elde edilmiştir. Deney grubuna 6 hafta boyunca haftada 1 gün ortalama 1 saat süreyle sorun çözme programı uygulanmış ve uygulama tamamlandıktan sonra ve 3 ay sonrasında her iki gruptaki hastalara Negatif-Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BRIEF) tekrar uygulanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi Statistical Package for Social Sciences (SPSS-13) paket programında yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde Ki-kare Testi, Friedman Testi, Mann-Whitney U testi ve Wilcoxon Testi kullanılmıştır.

Araştırma sonunda deney grubundaki hastaların sorun çözme programı uygulaması öncesine göre SAPS genel puanı uygulama sonrası (5.33 ± 6.59) ve uygulamadan 3 ay sonraki (1.20 ± 2.17) ölçümlerinde, hezeyanlar, garip davranış, pozitif formal düşünce bozukluğu alt grup puanlarında, SANS genel puanı uygulama sonrası (6.66 ± 6.37) ve uygulamadan 3 ay sonraki (1.73 ± 1.86) ölçümlerinde özellikle alogia, anhedoni alt grup puanlarında azalma olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kontrol grubundaki hastaların SAPS alt grup varsanılar alanı puanında olumsuz doğru bir artış olduğu ancak genel ve diğer alt grup puanlarında değişiklik olmadığı, SANS alt grup duygulanımsal küntlük alanı puanında olumsuz düzeyde bir artış olduğu, diğer alt grup puanlarında ise değişiklik olmadığı saptanmıştır.

Her iki gruptaki hastaların SAPS ve SANS puanları karşılaştırıldığında sorun çözme programı sonrasında SAPS genel puanında anlamlı bir fark bulunmasına karşın diğer alt gruplarda fark olmadığı, SANS alogia alt grup puanında fark bulunmasına rağmen diğer alt gruplarda fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Deney grubundaki hastaların SİÖ genel puanı ve kişilerarası işlevsellik, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık-yetkinlik alt grup puanlarında artış olduğu saptanmıştır. SİÖ iş-meslek alanı haricindeki tüm alt grup puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubundaki hastaların ise SİÖ iş-meslek alt grubu haricindeki diğer alt grup puanlarında olumsuz düzeyde bir azalma olduğu bulunmuştur.

Deney grubundaki hastaların WHOQOL-BRIEF ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve genel sağlık alan puanlarında anlamlı bir artış olduğu ($p<0.05$), fiziksel alan ve kültürel alanda önemli bir değişiklik olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların puanlarında ise uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Uygulanan 6 haftalık sorun çözme programı ile şizofrenik bireylerin hastalık belirtilerinde azalma olduğu, yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Buna göre sorun çözme becerilerini geliştirme programı hemşireler tarafından ayaktan izlenen şizofrenik hastaların sosyal işlevsellikleri ve yaşam kalitelerini geliştirmek için kullanılabileceği söylenebilir.

X. SUMMARY

This research was done experimentally to determine the effects of problem solving program for the individuals with schizophrenic disorder on their social functioning levels and quality of life.

The universe of this research includes 164 schizophrenic patients who visited the psychiatry clinic of the Cumhuriyet University Research Hospital, some of whom had ambulatory treatment. The sample of the research is 30 patients (15 experimental, 15 control group) who have similar characteristic in terms of sex, age and disease; and also accepted to involve in this research.

Data were gathered through Personal Information Questionary, The Scale For The Assesment of Positive Symptoms, The Scale For The Assesment of Negative Symptoms, Social Functioning Scale and Quality of Life Scale (WHOQOL-BRIEF). Experiment group was exposed to problem solving program average one hour a day of the week, for six weeks. After this process and three months later, both groups were given the Negative – Pozitive Symptoms Evaluation Scale, Social Functioning Scale and Quality of Life Scale (WHOQOL-BRIEF).

Data evaluation was done through Statistical Package for Social Sciences (SPSS-13) package program. While analysing the data it was applied chi square test, Friedman Test, Mann-Whitney U Test and Wilcoxon Test.

At the end of the research, SAPS general points of the experimental group (5.33 ± 6.59), 3 months later the application (1.20 ± 2.17); in terms of deliriums, strange behaviours and positive formal thinking disorders, decreased after the application and also at the end of the research SANS general points of the experimental group (6.66 ± 6.37), 3 months later the application (1.73 ± 1.86) in terms of alogia, anhedoni sub-group decreased ($p < 0.05$). SAPS sub-group hallucination scores of the control group increased negatively yet no change observed in general and other sub-group scores.

When SAPS and SANS scores of the both groups compared, a significant difference was obseved in SAPS general score after the problem solving program

although there were no differences in other sub-group yet no differences were found for other sub-groups ($p>0.05$).

It was determined that there was an increase in SFS general score and interpersonal functioning, using free time, independancy-competence sub-group scores. For all sub-group scores, except SFS job-profession field, statistically significant difference was found ($p<0.05$). For control group patients, sub-group scores except SFS job-profession, a negative decrease was found.

For the experiment group patients, WHOQOL-BRIEF mental, social, environmental and general health field scores, there was a significant increase ($p<0.05$), yet no meaningful change in the psysical and cultural fields. However, it was not a meaningful difference in the scores of control group patients before and after the application (of the program) ($p>0.05$).

With this problem solving program applied for six weeks, it was determined that the symptoms of schizophrenic individulas decreased, their life quality and social functioning levels increased. Therefore we can say that problem solving skills developing program can be applied by nurses to the schizophrenic patients who take an ambulatory treatment to increase these patients' social functioning and quality of life.

XI. KAYNAKLAR

1. Addington J., Addington D. (1999) Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 25(1): 173-182.
2. Aker T., Yazıcı A. (2000) Şizofrenide bilişsel-davranışçı terapi yöntemleri ve rehabilitasyon uygulamaları. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 8(4): 11-17.
3. Alptekin K. (2004) Şizofrenide Yaşam Kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, SAYKAD, İzmir.
4. American Psychiatric Association (1997) Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Washington DC, APA
5. Amuk T., Oğuzhanoğlu NK., Ateşçi F. (2004) Şizofreni hastalarının bir yıllık izlem çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 5(3): 141-147.
6. Amuk T., Varma G., Oğuzhanoğlu N., Ateşçi F. (2002) Şizofrenide başlama yaşı ve cinsiyetin sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi. 38. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, İstanbul.
7. Anders R. (2000) Assessment of inpatients treatment of persons with schizophrenia: implications for practice. *Archives of Psychiatric Nursing* 14(5):
8. Arıhan G. (1998) Şizofreni Epidemiyolojisi. *Şizofreni Dizisi* 2: 64-74.
9. Bailey K. (1999) Basic principles of psychopharmacologic treatment for advanced practice psychiatric nurses with prescriptive authority. *Journal of Psychosocial Nursing* 37(4): 31-38.
10. Baker J.A. (2000) Developing psychosocial care for acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7: 77-85.
11. Barclay L., Almeida O.P. (2001) Geç başlangıçlı şizofreni. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 1(1): 30-33.
12. Battal S., Özmenler N. (1998) Şizofreni Tarihçesi. *Şizofreni Dizisi*, 1(1): 5-16.

- 13.** Bechdorf A., Knost B., Kuntermann C., Schiller S., Klosterkötter J., Hambrecht M., Pukrop R. (2004) A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 110: 21-28.
- 14.** Bedel J., Lennox S.S., Smith A.D., Rabinowicz E.F. (1998) Evaluation of problem-solving and communication skills of persons with schizophrenia. *Psychiatry Research* 78: 197-206.
- 15.** Bellack A.S., Mueser K.T. (1993) Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19 : 317-336.
- 16.** Benson B.A. (1995) Problem solving skills training. *The Habilitative Mental Health Care. Newsletter* 14(1).
- 17.** Benton M.K., Schroeder HE (1990) Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *Journal of Consultation Clinic Psychology*, 58 : 741-747.
- 18.** Birchwood M., Smith J., Cochrane R., Wetton S., Copestake S. (1990) The Social Functioning Scale. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry* 157 : 853-859.
- 19.** Blair T.D., Ramones VA (1997) Education as psychiatric intervention: the cognitive-behavioral context. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 35(12): 123-130.
- 20.** Blanchard J.J., Sayers S.L., Collins L.M., Bellack A.S. (2004) Affectivity in the problem-solving interactions of schizophrenia patients and their family members. *Schizophrenia Research* 69: 105-117.
- 21.** Bogerts B., Ashtari M., Degreest G., Alvir J.M., Bilder R.M., Lieberman JA (1990) Reduced temporal limbic structure volumes on magnetic resonance images in first episode schizophrenia. *Psychiatry Research : Imaging* 35, 33-39.

- 22.** Bora E., Eryavuz A., Kayahan B., Sungu G., Veznedaroğlu B. (2006) Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Research* 145 Issues (2-3): 95-103.
- 23.** Bourgeois M., Swendsen J., Young F. (2004) Şizofreninin tedavisinde bozukluğun farkında olma ve intihar riski: uluslararası intihar önleme alışmasının sonuçları. University of Bordeaux, Bordeaux, France. *American Journal of Psychiatry* 161 : 149-6.
- 24.** Boye B., Bentsen H., Ulstein I., Notland T.H., Lersbryggen A., Lingjaerde O., Malt U.F. (2001) Yakınların Sıkıntısı, hastaların semptom ve davranışları: Şizofreni hastaları ve yakınları ile prospektif bir alışma. *Acta Psychiatr Scand* 104(1): 42-50.
- 25.** Bozikas V.P., Kosmidis M.H., Kafantari A., Gamvrula K., Vasiliadou E., Petrikis P., Fokas K., Karavatos A. (2006) Community dysfunction in schizophrenia: Rate-limiting factors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 30: 463-470.
- 26.** Brenner H.D., Pfammatter M. (2000) Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence? *Acta Psychiatr Scand* 102: 74-77.
- 27.** Buckley P.F., Hrouda D.R., Friedman L. (2004) Şizofrenisi olan hastalarda içgörü ve şiddet davranışlarıyla bağlantısı. Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA. *American Journal of Psychiatry* 161 : 171-4.
- 28.** Burns T., Patrick D. (2007) Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand* 116: 403-418.
- 29.** Bustillo J., Keith S.J., Lauriello J. (2000) Schizophrenia: psychosocial treatment. BJ Sadock: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de 7. baskı, cilt I, Lippincott Company, 1210-1217: Philadelphia.
- 30.** Chadwick P.D.S., Lowe C.F. (1994) A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research and Therapy* 32: 355-367.

- 31.** Chan W.S., Leung K.J. (2002) Cognitive behavioral therapy for clients with schizophrenia: implications for mental health nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 11: 214-224.
- 32.** Cheng S.K. (2001) Life stres, problem solving, perfectionizm and depressive symptoms in Chinese. *Cognitive Therapy Research* 25: 303-310.
- 33.** Chien W.T., Norman I. (2003) Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing* 44(5): 490-498.
- 34.** Choen A.S., Alpert M., Nienow T.M., Dinzeo T.J., Docherty N.M. (2008) Computerized Measurement of negative symptoms in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research* 42: 827-836.
- 35.** Clark R. (2004) Hastalığın Gözden Geçirilmesi- Şizofreninin Yükü. *Drugs in Context-Temel Sağlık E* 1(1): 1-40.
- 36.** Clarke D.E., Adamoski E., Joyce B. (1998) Inpatient group psychotherapy: the role of the staff nurse. *Journal of Psychosocial Nursing* 36(5): 98-103.
- 37.** Coffey M. (1998) Schizophrenia: a review of current research and thinking. *Journal of Clinical Nursing* 7: 489-498.
- 38.** Çetinkaya Z., Er F., Kanık T., Doğaner M., Kaçmaz N., Üçok A. (2001) Yataklı psikiyatri servisinde psikoeğitsel grup uygulamasının etkinliğinin değerlendirilmesi. 37. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, İstanbul.
- 39.** Danacı A.E., Karaca N., Deveci A. (2005) Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye’de Psikiyatri* 7(3): 103-108.
- 40.** Doğan O. (2002) Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 3(4): 240-248.
- 41.** Doğan O., Doğan S., Tel H., Çoker F., Polatöz Ö., Başeğmez FD (2002) Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 3(2): 69-74.

42. Doğan O., Doğan S., Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başığmez FD (2002) Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 3(3): 133-139.
43. D’Zurilla T.J. (1988) Problem solving therapies. Handbook of Cognitive Behaviour Therapies. Guilford Publications, London: 85-135.
44. Erakay Y. (2001) Şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Yayımlanmamış uzmanlık tezi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir.
45. Eren İ., Şimşek D., Çalışkan A.M. (2007) Şizofreni Hastalarında Yetiyitimi ve Belirti Şiddetinin yaşam Kalitesine Etkisi. Düşünen Adam 20(2): 68-78.
46. Erkoç Ş., Göğüş A.K., Kültür S., Soygür H., Sevinçok L., Işık T., Yurdakul S. (2001) Şizofreni tanılı hastalarda bir yıllık çok merkezli izleme çalışması: çalışmaya alınan hastalarda tedaviye uyum. 37. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı İstanbul: 33-34.
47. Eskin M., Akoğlu A., Uygur B. (2006) Ayaktan tedavi edilen psikiyatri hastalarında travmatik yaşam olayları ve sorun çözme becerileri: İntihar Davranışı ile İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 14(4): 266-275.
48. Falloon I.R.H. (2000) Problem solving as a core strategy in the prevention of schizophrenia and other mental disorders. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 34: 185-190.
49. Fan X., Henderson D.C., Nguyen D.D., Cather C., Freudenreich O., Evins A.E., Borba C.P., Goff D.C. (2008) Posttraumatic stress disorder, cognitive function and quality of life in patients with schizophrenia. Psychiatry Research 159: 140-146.
50. Favrod J., Mohr S., Caffaro M., Grossenbacher B. (2000) Interpersonal problem solving skills training with patients suffering from schizophrenia. In different treatment settings. Department de psychiatrie, Hopitaux Universitaires de Geneve, ch. Du Petit-Bel-Air 2, CH-1225 Chene-Bourg.

- 51.** Fenton W.S., McGlashan T.H. (2000) Schizophrenia: individual psychotherapy. Sadock BJ, Sadock VA Comprehensive Textbook of Psychiatry 7. baskı cilt 2, Lippincott Company, Philadelphia.
- 52.** Fidaner H., Elbi H., Fidaner C., Eser S.Y. (1999) Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BRIEF, 3P Dergisi 7 (Ek sayı 2): 5-13.
- 53.** Fortinash M.K., Holoday-Worret P.A. (1996) Psychiatric Mental Health Nursing. Mosby Year Book. S:313. St Lois.
- 54.** Fossati P., Ergis A.M., Allilaire J.F. (2004) Problem solving abilities in unipolar depressed patients. Psychiatry Research 04(2): 145-56.
- 55.** Franz M., Meyer T., Reber T., Gallohofer B. (2000) The importance of social comparisons for high levels of subjective of quality of life in chronic schizophrenic patients. Quality Life Research 9(5): 481-489.
- 56.** Fries J.F., Singh G. (1996) Quality of Life Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Second Edition, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- 57.** Frith C.D., Friston K.J., Herold S., Silbersweig D., Fletcher P., Cahill C., Dolan R.J., Frackowiak R.S.J., Liddle PF (1995) Regional brain activity in chronic schizophrenic patients during the performance of a verbal fluency task. BrJ Psychiatry 167: 98-113.
- 58.** Gabbard G.O. (2000) Combined psychotherapy and pharmacotherapy. Sadock BJ, Sadock VA Comprehensive Textbook of Psychiatry 7. baskı cilt 2, Lippincott Company, Philadelphia.
- 59.** Gaité L., Vazquez-Barquere J.L., Bora C., Ballesteros J., Schene A., Welcher B., Thornicroft G., Becker T. (2002) Beş Avrupa ülkesinde şizofrenisi olan hastalarda yaşam kalitesi: EPSILON çalışması. Acta Psychiatrica Scandinavica 105(4): 283-292.
- 60.** Graham A., Tyson G.A., Lambert G., Beattie L. (2002) The impact of ward design on the behavior, occupational satisfaction and well-being of psychiatric nurses. International Journal of Mental Health Nursing 11: 113-124.

- 61.** Göğüş A.K., Kültür S., Alptekin K., Mete L., Üçok A., Uzun Ö. (2001) Şizofreni tanılı hastalarda bir yıllık çok merkezli izleme çalışması: çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri. 37. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı İstanbul.
- 62.** Gülseren L. (2002) Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi 13(2): 32-39.
- 63.** Gümüş B.A. (2006) Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 7(1): 33-42.
- 64.** Güney M. (2001) Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri. Klinik Psikiyatri 4: 268-276.
- 65.** Gürhan N. (1995) Şizofren hastaların sosyal destek, hastalık ve stresle baş etmelerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara.
- 66.** Halford W.K., Hayes R. (1991) Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. Clinical Psychology Review 11: 23-44.
- 67.** Harrison G., Hopper K., Craig T., Laska E., Siegel C., Wanderling J., Dube K.C., Ganey K., Giel R. (2001) Psikotik hastalığın iyileşmesi: 15 ve 25 yıllık uluslararası takip çalışması. an der Heiden W et al; University of Bristol, Bristol, UK. British Journal of Psychiatry 178 : 506-517.
- 68.** Harvey P.D., Palmer B.W., Heaton R.K., Mohamed S., Kennedy J., Brickman A. (2005) Yaşlı şizofreni hastalarında bilişsel performansın kararlılığı: 8 haftalık bir test-tekrar çalışması. The American Journal of Psychiatry (Türkiye Baskısı) 161: 2271-2276.
- 69.** Harvey P.D., Keefe R.S.E. (2001) Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following novel antipsychotic treatment. American Journal of Psychiatry 158 : 176-184.
- 70.** Hawton K., Kirk J. (1989) Problem-solving. Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. Oxford University Press, Newyork, Tokyo.

71. Heinessen R.K., Liberman R.P., Kopelowicz A. (2000) Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin* 26(1): 21-46.
72. Hellwig K., Worley N.K. (1996) *Mental Health Nursing in the Community*. Mosby-Year book Inc., St Louis.
73. Herz M.I., Lamberti J.S., Mintz A. (2000) A program for relapse prevention in schizophrenia. A controlled study. *Archives General Psychiatry* 57: 277-283.
74. Hogarty G.E., Flesher S., Ulrich R. (2004) Şizofreni için bilişsel pekiştirme terapisi: Biliş ve davranış üzerine 2 yıllık randomize bir çalışmanın etkileri. *Archives General Psychiatry* 61: 866-876.
75. Karamustafaloğlu N., Tomruk N., Alpay N. (1998) Şizofrenide cinsiyet farklılıkları: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam* 11(2): 21-29.
76. Katschnig H. (2000) Schizophrenia and Quality of Life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl 407): 52-63.
77. Katschnig H. (1999) How useful is the concept of quality of life in psychiatry. *Quality of Life in Mental Disorders*, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius, John Wiley&Sons, England.
78. Keister K.J., Blisen C.E. (1998) Quality of life and aging. *Journal of Gerontological Nursing: Gerontological Nursing* 24(5): 22-25.
79. Kelleci M. (2003) Depresyonu olan bireylerin sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi. *Hemşirelik Forumu* 7(3): 14-20.
80. Köhn D., Bechdorf A., Knost B., Pukrop R., Losterkötter J. (2005) A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112: 173-179.
81. Lawrence R., Bradshaw T., Mairs H. (2006) Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13: 673-681.

- 82.** Leung T.K.S., Tsang H.W.H. (2006) Chinese version of the assessment of the interpersonal problem solving skills. *Psychiatry Research* 143 : 189-197.
- 83.** Libermann R.P., Wallace C.J., Blackwell G., Eckman T.A. (1998) Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 155: 1087-1091.
- 84.** Libermann R.P., Kopelowicz A. (1995) Basic elements in biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology* 9 (Suppl 5): 51-58.
- 85.** Libermann R.P., Wallace C.J., Blackwell G., Eckman T.A., Vaccaro J.V., Kuehnel T.G. (1993) Innovations in skills training for the seriously mentally ill: the UCLA social and independent living skills modules. *Innovations-Research* 2(2): 363-371.
- 86.** McFarland G.K., Thomas M.D. (1991) *Psychiatric Mental Health Nursing Application of The Nursing Process*. Lippincott Company: 841-857, London.
- 87.** Matsui M., Sumiyoshi T., Arai H., Higuchi Y., Kurachi M. (2008) Cognitive functioning related to quality of life in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology&Biological Psychiatry* 32: 280-287.
- 88.** Medalia A., Revheim N., Casey M. (2002) Remediation of problem-solving skills in schizophrenia: evidence of a persistent effect. *Schizophrenia Research* 57: 165-171.
- 89.** Medalia A., Hanni D., Gans S.W. (2000) Treating problem-solving deficits on an acute care psychiatric inpatient unit. *Psychiatry Research* 97: 79-88.
- 90.** Merinder L.B. (2000) Patient education in schizophrenia: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102: 98-106.
- 91.** Milev P., Ho B.C., Arndt S, Andreasen NC (2005) Bilişsel işlevler ve negatif belirtilerin şizofreninin işlevsel sonuçları üzerine yordayıcı değerleri: Yedi yıl

izlemlili uzunlamasına bir ilk epizod alışması. The American Journal of Psychiatry (Türkiye Baskısı) 162: 495-506.

92. Miller J. (1989) Problem-solving treatment. Nursing Times April 26 85(17): 45-47.

93. Minnassian A., Perry W. (2003) Visual scanning and complex problem-solving deficits in schizophrenia. International Congress on Schizophrenia Research 267: 116-122.

94. Morejon A.J.V., Jimenez G.R., Boveda J. (2000) Social Functioning Scale: new contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. Psychiatry Research 93 : 247-256.

95. Morris R.G., Rushe T., Woodruff P., Murray R. (1995) Problem solving in schizophrenia: A specific deficit in planning. Schizophrenia Research 14: 76-88.

96. Mueser K.T., Gingerich S.L., Rosenthal C.K. (1994) Educational Family Therapy for Schizophrenia: a new treatment model for clinical service and research. Schizophrenia Research 13 : 99-107.

97. Muijen M.(1993) Mental health services: What Works? MPI Weller, M Muijen (eds): Dimensions of Community Mental Health Care'de, WB Saunders Co, London.

98. Nasrallah H.A., Smeltzer D.J. (2005) Şizofreni Güncel Tanı ve Tedavi Kitabı (1. Baskı). (B. Tekin, Çev.) AND Yayıncılık, Ankara.

99. Nezu A.M., Ronan G.F. (1988) Social problem solving as a moderator of stres related depressive semptoms: A prospective analysis. Journal of Clinical Psychology 35(2): 134-138.

100. Nordentoft M., Laursen T.M., Agerbo E. (2004) 1981-1997 arasında Danimarka' da Şizofrenisi olan hastalar için intihar oranlarındaki değişiklik: iç içe olgu-kontrol alışması. Bispebjerg Hospital, Copenhagen, Denmark. BMJ 329: 261.

101. Norman R.M.G., Malla A.K., McLean T., Voruganti L.P.N., Cortese L, McIntosh E, Cheng S, Rickwood A (2000) The relationship of symptoms and

level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand* 102: 303-309.

102. Oflaz F. (2006) Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam ve hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 7: 55-61.

103. Okay T., Göka E. (2000) Psikiyatrik hospitalizasyondan rehabilitasyona. *3P Dergisi* 8(4): 5-10.

104. Özcüler T. (2004) Şizofrenik bozukluğu olan hastalarda özkıyım girişimi ve düşüncelerinin değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı. Uzmanlık tezi.

105. Özel Kızıl E.T. (2006) Basit Şizofreni. *Klinik Psikiyatri* 9: 82-88.

106. Özkök A. (2005) Disiplinlerarası yaklaşıma dayalı yaratıcı problem çözme öğretim programının yaratıcı problem çözme becerisine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 28: 159-167.

107. Özmen E. (2007) Şizofreni Öteki Gerçeklik. Pedam Yayıncılık, İstanbul.

108. Öztürk O. (2004) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.

109. Patterson T.L., Leeuwenkamp O.R. (2008) Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 100: 108-119.

110. Pearce K., McGovern J., Barrowclough C. (2005) Assesment of need for psychosocial interventions in an Asian population of carers of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing* 54(3): 284-292.

111. Pınar R. (1997) Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. *Sendrom* 9(9): 117-124.

112. Pinikahana J., Happell B., Hope J., Keks N.A. (2002) Quality of life schizophrenia: A review of the literature from 1995 to 2000. *International Journal of Mental Health Nursing* 11: 103-111.

- 113.** Potvin S., Joyal C.C., Pelletier J., Stip E. (2007) Contradictory cognitive capacities among substance-abusing patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 10: 1-10.
- 114.** Revheim N., Schechter I., Kim D., Silipo G., Allingham B., Butler P., Javitt D.C. (2006) Neurocognitive and symptom correlates of daily problem-solving skills in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 83: 237-245.
- 115.** Revheim N., Medalia A. (2004) Verbal memory, problem-solving skills and community status in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 68: 149-158.
- 116.** Roder V., Brenner H.D., Muller D., Lachler M., Zom P., Reisch T., Bosch J., Bridler R., Christen C., Jaspén E. (2002) Şizofreni hastaları için spesifik sosyal beceri eğitimi programlarının geliştirilmesi: Çok merkezli bir çalışmanın sonuçları. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 105(5): 363-371.
- 117.** Rossi A., Mancini F., Stratta P., Gismondi R., Pozzi F. (1997) Risperidone, negative symptoms and cognitive deficits in schizophrenia: an open study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95: 40-43.
- 118.** Rushe T.M., Woodruff P.W.R., Murray R.M., Morris R.G. (1998) Episodic memory and learning in patients with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research* 35: 85-96.
- 119.** Rushe T.M., Morris R.G., Miotto E.C., Feigenbaum J.D., Woodruff P.W.R., Murray R.M. (1999) Problem-solving and spatial working memory in patients with schizophrenia and with focal frontal and temporal lobe lesions. *Schizophrenia Research* 37: 21-33.
- 120.** Sadock B.J., Sadock V.A. (2005) Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- 121.** Sevinçok L. (2000) Şizofreni Etiyolojisinde Psikososyal Nedenler. *Şizofreni Dizisi* 15: 5-10.
- 122.** Soygür H. (2003) Şizofreni ve yaşam niteliği. *Klinik Psikiyatri* 6 Ek:1: 9-14.

- 123.** Sungur M.Z., Yalnız Ö. (1999) Şizofreni tedavisinde bilişsel-davranışçı yaklaşımlar. Klinik Psikiyatri Dergisi 2(3): 160-166.
- 124.** Takahashi H., Iwase M., Nakahachi T., Sekiyama R., Tabushi K., Kajimoto O., Shimizu A., Takeda M. (2005) Spatial working memory deficit correlates with disorganization symptoms and social functioning in schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences 59: 453-460.
- 125.** Tarrier N., Tusupoff L., Kinney C., McCarthy E., Gledhill A., Haddock G., Marris J. (1998) Randomized controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for clients with schizophrenia. British Medical Journal 317 (7154): 303-307.
- 126.** Torres A., Mendez L.P., Merino H., Moran E.A. (2002) Improving social functioning in schizophrenia by playing the train game. Psychiatric Services 53(7) : 799-801.
- 127.** Touloupoulou T., Grech A., Morris R.G. (2004) Hacimsel beyin değişiklikleri ile bilişsel işlevler arasındaki ilişki: şizofreni üzerine bir aile çalışması. Institute of Psychiatry, London, UK. Biological Psychiatry 56: 447-530.
- 128.** Uğuz F., Dursun R., Kaya N., Çilli A.S. (2006) Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 7: 133-139.
- 129.** Üçok A., Duman Z.Ç., Dişçigil A., Kandemir P., Atlı H. (2006) Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia. European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience 13: 1-7.
- 130.** Üçok A., Atlı H., Çetinkaya Z., Kandemir P.E. (2002) Şizofreni Hastalarında Bütüncül Yaklaşımlı Grup Tedavisinin Yaşam Kalitesine Etkisi: Bir Yıllık Uygulama Sonuçları. Nöropsikiyatri Arşivi 39(2-3-4): 113-118.
- 131.** Üçok A., Polat A., Tecer A., Aksüt D., Saylan M. (2000) Şizofrenide ilk epizod: klinik özellikler. 36. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, Antalya
- 132.** Yamaguchi H., Akihisa T., Takano A., Kojima T. (2006) Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences 60: 590-597.

- 133.** Yamashita C., Mizuno M., Nemoto T., Kashima H. (2005) Social cognitive problem-solving in schizophrenia: Associations with fluency and verbal memory. *Psychiatry Research* 134: 123-129.
- 134.** Yazıcı A. (2000) Şizofreni hastalarında ve ailelerinde ruhsal eğitim grup tedavisi. *Bahar Sempozyumları 4, Sempozyum Kitabı*, s:37, Antalya.
- 135.** Yıldız M., Yüksel A.G., Erol A. (2005) Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulaması / Grup eğitimi deneyimleri. *Türkiyede Psikiyatri* 7(1): 25-31.
- 136.** Yıldız M., Yazıcı A. (2002) Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 13(1): 41-47.
- 137.** Yıldız M. (2005) *Psikiyatrik Rehabilitasyon Bülteni*. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. Psikiyatrik Rehabilitasyon Birimi Gündüz Hastanesi Uygulaması. Bir ilk denemenin değerlendirilmesi (1): 1-19.
- 138.** Wahlbeck K., Tuunainen A., Ahokas A., Leucht S. (2001) Antipsikotik ilaç araştırmalarında ilacı bırakma oranları. *University of Helsinki, Hus, Finland. Psychopharmacology (Berl)* 155(3): 230-233.
- 139.** Wong M.H., Smith T.E., Wilson D.F. (2002) Neurocognitive functioning and social problem-solving skills in schizophrenia. *Abstracts From the 19th Annual Meeting*.
- 140.** Worley N.K. (1997) *Mental Health Nursing in the Community*. Mosby-Year Book Inc., St Louis.
- 141.** Zanello A., Perring L., Huguelet P. (2006) Cognitive functions related to interpersonal problem-solving skills in schizophrenic patients compared with healthy subject. *Psychiatry Research* 142: 67-78.

EKLER

EK-I

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1- Yaş :
- 2- Cinsiyet : Kadın Erkek
- 3- Medeni Durum : Evli Bekar Dul
- 4- Çocuk Sayısı :
- 5- Birlikte Yaşadığı Kişiler :
 - Yalnız
 - Çekirdek Aile
 - Geniş Aile
 - Bir Yakını İle
- 6- Eğitim Durumu :
 - Ortaokul
 - Lise
 - Yüksekokul
- 7- Çalışma Durumu :
 - Çalışıyor
 - Çalışmıyor
- 8- Ekonomik Durumu : Düşük Orta Yüksek
- 9- Hastalık Süresi :
- 10- Hastaneye Yatış Sayısı :
- 11- Ortalama Yattığı Gün Sayısı :
- 12- Hastaneye Son Yatış Tarihi :
- 13- Remisyonda Kaldığı Süre :
- 14- Kaç Yıldır İlaç Kullandığı :

EK-II

(SANS/NBDÖ) NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hasta Adı: Tarih:

0= Yok 1=Şüpheli 2=Hafif 3=Orta 4=Belirgin 5=Şiddetli

DUYGULANIMSAL DÜZLEŞME VEYA KÜNTLEŞME

- 1. Değişmeyen Yüz İfadesi** 0 1 2 3 4 5
Hastanın yüzü cansız görünür ve konuşmasının duygusal içeriğine bağlı olarak beklenenden daha az değişir.
- 2. Kendiliğinden Hareketlerde Azalma** 0 1 2 3 4 5
Hastanın kendiliğinden hareketleri çok azalmıştır veya hiç yoktur. Konumunu değiştirmez, extremitelerini oynatmaz.
- 3. Anlamlı Jestlerin Yokluğu veya Azalması** 0 1 2 3 4 5
Hasta fikirlerini ifade etmede bir yardımcı olarak vücut konumunu değiştirmez ve el jestlerini kullanmaz.
- 4. Zayıf Göz İlişkisi** 0 1 2 3 4 5
Hasta göz ilişkisinden kaçınır ve konuşması esnasında bile boşluğa dalgın dalgın bakar.
- 5. Duygulanımsal Yanıtsızlık** 0 1 2 3 4 5
Hasta uyarıldığında gülmez veya gülümsemez.
- 6. Uygunsuz Duygulanım** 0 1 2 3 4 5
Hastanın duygulanımı basit bir biçimde düz veya küntleşmiş olmaktan daha çok uygunsuz veya uyumsuzdur.
- 7. Sesteki Esnekliğin Eksikliği** 0 1 2 3 4 5
Hasta normal sesle ilgili vurgu kalıplarını kullanmada başarısızdır ve genellikle monoton bir biçimde konuşur.

8. Duygulanımsal Düzleşmenin Bütünsel 0 1 2 3 4 5

Derecelendirilmesi

Bu derecelendirme, özellikle yanıtızlık, göz ilişkisi, yüz ifadesi ve sesteki esneklik başta olmak üzere belirtilerin ayrıntılı şiddeti üstünde yoğunlaşmalıdır.

ALOGİA (Düşünce/Fikir Yoksulluğu)

9. Konuşma Yoksulluğu 0 1 2 3 4 5

Hastanın sorulara yanıtları miktar olarak kısıtlıdır; kısa, somut ve özensiz olma eğilimi gösterir.

10. Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu 0 1 2 3 4 5

Hastanın yanıtları miktar olarak yeterlidir; fakat muğlak, aşırı somut veya aşırı genelleme eğilimindedirler ve çok az bilgi aktarır.

11. Blokaj 0 1 2 3 4 5

Hasta, kendiliğinden veya konuştuğu konu hatırlatıldığında, düşünce dizisinin kesintiye uğradığını ifade eder.

12. Yanıt Süresinde Uzama 0 1 2 3 4 5

Hasta soruları yanıtlamak için fazla zamana gereksinme duyar. Bu konu hatırlatıldığında, hastanın sorunun farkında olduğu görülür.

13. Alogiannın Bütünsel Derecelendirilmesi 0 1 2 3 4 5

Alogiannın çekirdek özellikleri, konuşma ve düşünce içeriğinin yoksulluğudur.

AVOLUATION-APATİ/ İRADESİZLİK-İLGİSİZLİK

İnsiyatif veya Hedefin Olmaması

14. Öz Bakımı ve Temizlik 0 1 2 3 4 5

Hastanın elbiseleri dökük saçık ya da kirli olabilir, saçları yağlanmış, kendisi kendisi temizlenmemeye bağlı kokuyor olabilir.

- 15. İş veya Okulda Sebatsızlık** 0 1 2 3 4 5
Hastanın iş arama ve sürdürmede, okul ödevlerini tamamlamada, evi temizlemede güçlükleri vardır.
Eğer hasta hastanede yatıyorsa, örneğin toplu oyun oynama gibi koğu etkinliklerini sürdüremez.
- 16. Fiziksel Anergia (Hareketsizlik)** 0 1 2 3 4 5
Hasta fiziksel olarak hareketsiz olma eğilimindedir.
Saatlerce oturabilir ve kendiliğinden hiçbir hareket göstermez.
- 17. İradesizlik/ilgisizliğin Bütünsel Derecelendirilmesi** 0 1 2 3 4 5
Eğer özellikle belirgin ise, asıl ağırlık bir veya iki önemli belirtiyeye verilmelidir.
- ANHEDONİ-ASOSYALLİK/ZEVK ALAMAMA
TOPLUMSAL İLİŞKİ KURAMAMA**
- 18. Oyalanıcı İlgi ve Etkinlikler** 0 1 2 3 4 5
Hastanın ilgileri çok az veya hiç yoktur.
Bu ilgilerin hem niteliği hem niceliği dikkate alınmalıdır.
- 19. Cinsel İlgi ve Etkinlik** 0 1 2 3 4 5
Hasta cinsel ilgi ve etkinlikte bir azalma gösterebilir veya etkin olduğunda da zevk almada bir azalma vardır.
- 20. Yakınlık ve Dostluk Kurma Yeteneği** 0 1 2 3 4 5
Hasta, özellikle karşı cins ve ailesiyle başta olmak üzere yakın veya dostça ilişkiler kurmada bir yetersizlik sergiler.
- 21. Arkadaş ve Akranlar İle İlişkiler** 0 1 2 3 4 5
Hastanın çok az arkadaşı vardır veya hiç yoktur.
Bütün zamanını yalnız geçirmeyi tercih eder.
- 22. Anhedoni-Asosyalitenin Bütünsel Derecelendirilmesi** 0 1 2 3 4 5
Bu derecelendirme hastanın yaşı, aile durumu vb. durumları da hesaba katarak ayrıntılı şiddeti yansıtmalıdır.

DİKKAT

23. Sosyal Dikkatsizlik

0 1 2 3 4 5

Hasta ilgisiz görünür. Uyuşturucu madde etkisindeymiş gibi bir görünüm içindedir.

24. Zihinsel Durum Testleri Esnasında Dikkatsizlik

0 1 2 3 4 5

7 (yedi) rakamıyla yapılan seri testleri (en az beş çıkarma işlemi olmalı) ve 'Dünya' kelimesini geriye doğru harf harf okuma testi.

25. Dikkatin Bütünsel Derecelendirilmesi

0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme, klinik olarak ve testler açısından hastanın ayrıntılı yoğunlaşmasını değerlendirmelidir.

ANLAMA (Duygulanımsal düzleşme/Küntleşme) :

ALOGİA :

AVOLUTION/APATİ :

ANHEDONİ/ASOSYALLİK :

DİKKAT :

TOPLAM PUAN :

EK-III

(SANS/PBDÖ) POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Hasta Adı : Tarih :

0= Yok 1=Şüpheli 2=Hafif 3=Orta 4=Belirgin 5=Şiddetli

VARSANILAR

1. İşitme Sanrıları

0 1 2 3 4 5

Hasta başkalarının duymadığı sesler,
gürültüler veya başka sesler duyduğunu bildirir.

2. Yorumlayıcı Sesler

0 1 2 3 4 5

Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler
duyduğunu bildirir.

3. Kendi Aralarında Konuşan Sesler

0 1 2 3 4 5

Hasta iki veya daha fazla kişinin aralarında konuştuklarını
duyduğunu bildirir.

4. Somatik veya Dokunma Varsanıları

0 1 2 3 4 5

Hasta vücudunda acayip fizik duyumsamalar
olduğunu bildirir.

5. Koku Varsanıları

0 1 2 3 4 5

Hasta başkalarının fark edemediği olağan dışı kokular
duyduğunu bildirir.

6. Görme Varsanıları

0 1 2 3 4 5

Hasta gerçekte var olmayan şekil veya
insanlar görür.

7. Varsanların Bütünsel Derecelendirilmesi 0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme varsanının süresi, şiddeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.

HEZEYANLAR

8. Kötülük Görme Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta, kendine yönelik komplo hazırlandığına veya bir yolunun bulunup kendine kötülük yapılacağına inanır.

9. Kıskançlık Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta eşinin bir başkası ile ilişkisi olduğuna inanır.

10. Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta bazı kötü günahlar veya affedilmez suçlar işlediğine inanır.

11. Büyüklük Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta, özel güç veya yeteneklerinin varlığına inanır.

12. Dinsel Hezeyanlar 0 1 2 3 4 5

Hasta, dinsel nitelikli yanlış inanışları ile aşırı uğraşır.

13. Somatik Hezeyanlar 0 1 2 3 4 5

Hasta, her nasılsa vücudunun hasta, anormal veya değişmiş olduğuna inanır.

14. Alınma Düşünceleri ve Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta, önemsiz işaret veya olayları üzerine alınır veya özel anlamlar çıkarır.

15. Kontrol Edilme Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta, duygularının ve karakterinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hisseder.

16. Düşünce Okunması Hezeyanları 0 1 2 3 4 5

Hasta, insanların düşüncelerini okuyabildiği veya düşüncelerini bildiğini hisseder.

17. Düşünce Yayınlanması 0 1 2 3 4 5

Hasta, düşüncelerinin yayımlandığını hisseder, böylece kendisi ve diğerleri bunları duyabilir.

18. Düşünce Sokulması 0 1 2 3 4 5

Hasta, düşüncelerinin kendisine ait olmadığını, dışarıdan aklına sokulduğuna inanır.

19. Düşünce Çekilmesi 0 1 2 3 4 5

Hasta, düşüncelerinin kafasından alındığına inanır.

20. Hezeyanların Bütünsel Derecelendirilmesi 0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme hezeyanların süresi, ısrarlılığı ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır.

GARİP (BİZAR) DAVRANIŞ

21. Giyim ve Görünüş 0 1 2 3 4 5

Hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir.

22. Sosyal ve Cinsel Davranış 0 1 2 3 4 5

Hasta, olağan sosyal normlara göre, uygunsuz şeyler yapabilir. Örn. ortalıkta mastürbasyon yapma.

23. Saldırgan ve Taşkın Davranış 0 1 2 3 4 5

Hasta, sıklıkla önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir.

24. Tekrarlayıcı veya Basmakalıp 0 1 2 3 4 5

(Stereotipik) Davranış

Hasta, tekrar tekrar yapmak zorunda olduğu tekrarlayıcı hareketler veya merasimler geliştirebilir.

25. Garip Davranışın Bütünsel Derecelendirilmesi 0 1 2 3 4 5

Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarını yansıtmalıdır.

POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU

26. Düşüncenin Raydan Çıkması (Derailment) 0 1 2 3 4 5

Fikirlerin bir diziden diğerine dolaylı bağlantılı veya bağlantısız olarak kayıp gittiği konuşma şekli.

27. Teğetleme (Tangentiality) 0 1 2 3 4 5

Dolaylı veya konu dışı tarzda sorulara yanıt verme.

28. Dikişsizlik (Kelime Salatası, Şizofazi) 0 1 2 3 4 5

Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli.

29. Mantık Dışılık 0 1 2 3 4 5

Mantıklı olarak izlenemeyen sonuçlar çıkarılan konuşma şekli.

30. Çevresel Konuşma (Circumstantiality) 0 1 2 3 4 5

Hedef düşünceye ulaşması çok dolambaçlı olan ve geciken konuşma şekli.

31. Basınçlı Konuşma 0 1 2 3 4 5

Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür.

Konuşma miktarı normalden çok fazladır.

32. Çelinebilir Konuşma (Distractible Speech) 0 1 2 3 4 5

Hasta konuşma akımını kesintiye uğratan

yakın uyaranlarca çelinebilir.

33. Klang Çağrışım 0 1 2 3 4 5

Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden

çok seslerin yön verdiği konuşma şekli.

34. Pozitif Formal Düşünce 0 1 2 3 4 5

Bozukluğun Bütünsel derecelendirilmesi

Bu bütünsel derecelendirme, anormalliği ve

kişinin ilişki kurma yeteneği etkileme derecesini yansıtmalıdır.

VARSANILAR:

HEZEYANLAR:

GARİP (BİZAR) DAVRANIŞ:

POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU:

TOPLAM PUAN:

EK-IV

YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (WHOQOL-BREF)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın diğer yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. *Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.* Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız *lütfen size en uygun görünen cevabı* seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın *son iki haftasını* dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin, bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Tamamen

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi şekilde karşılayan rakamı yuvarlak içine almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, 4 rakamını yuvarlak içine almanız gerekiyor. Son iki hafta içinde ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlak içine almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan cevabın rakamını yuvarlak içine alınız.

1 G1 Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

1 Çok kötü 2 Biraz kötü 3 Ne iyi, ne kötü 4 Oldukça iyi 5 Çok iyi

2 G4 Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı sorgulamaktadır.

3 F1.4 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

4 F11.3 Günlük uğraşlarınızı yürütemek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

5 F4.1 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

6 F24.2 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

7 F5.3 Dikkatinizi toplamakta ne kadar başarılısınız?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

8 F16.1 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

9 F22. 1 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

10 F2.1 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

11 F7.1 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

12 F18.1 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

13 F20.1 Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

14 F21.1 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

15 F9.1 Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

1 Çok kötü 2 Biraz kötü 3 Ne iyi, ne kötü 4 Oldukça iyi 5 Çok iyi

16 F13.3 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

17 F10.3 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

18 F12.4 İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

19.F6.3 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

20 F13.3 Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

21 F15.3 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

22 F14.4 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

23 F17.3 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

24 F19.3 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

25 F23.3 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

1 Hiç hoşnut değil 2 Çok az hoşnut 3 Ne hoşnut, ne değil 4 Epeyce hoşnut 5 Çok hoşnut

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğinize ya da yaşadığınıza ilişkindir.

26 F8.1 Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

1 Hiçbir zaman 2 Nadiren 3 Ara sıra 4 Çoğunlukla 5 Her zaman

U.27 Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

1 Hiç 2 Çok az 3 Orta derecede 4 Çokça 5 Aşırı derecede

EK-V

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

Hasta Formu

İSİM:.....

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

1. Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap:.....

2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap:.....

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

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama.....

Hafta sonu ortalama.....

(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

Örn. odada tek başına,

tek başına dolaşarak,

radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az

3-6 Zamanın bir kısmı

6-9 Zamanın önemli bir kısmı

9-12 Zamanın büyük bir kısmı

12 Hemen hemen zamanın hepsi

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

Hemen hemen hiç / Nadiren / Bazen / Sık sık

4. Evden ne sıklıkta çıkıyorsunuz?

Hemen hemen hiç / Nadiren / Bazen / Sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

Onlardan kaçınma

Huzursuz olma

Onları kabul etme

Onlardan hoşlanma

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var?

(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)

.....

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

Evet

Hayır

3. Anlamli veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkta başarıyorsunuz?

Hemen hemen hiç

Nadiren

Bazen

Sık sık

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

Çok kolay

Oldukça kolay

Orta

Oldukça zor

Çok zor

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

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

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

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – YETKİNLİK

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

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamam	Bilmiyorum
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Paranın hesabını yapma				
Kendiniz için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkama, düzenli olma vb.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendiniz için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – PERFORMANS

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

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

İŞ / MESLEK

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

Evet Hayır

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

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?.....

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz?.....

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

Ne tür bir işti?.....

Haftada kaç saat çalışırdınız?.....

- Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi? Evet Hayır

- Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz? Evet Hayır

- Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

Kesinlikle evet

Zorlanırım

Kesinlikle hayır

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

Hemen hemen hiç

Nadiren

Bazen

Sık sık

EK-VI

SORUN ÇÖZME PROGRAMININ UYGULANMASI

I. OTURUM

GİRİŞ

Programa katılan hastalar birbirleriyle tanıştırdıktan sonra programın amacı açıklanır ve konuya geçilir.

- Sorun nedir?
- Sorun çözme nedir?
- Sorun çözmenin önemi nedir?
- Sorunlarımızı genelde nasıl çözeriz?
- Örnek durum içinden sorunların bulunması.

SORUNUN TANIMI 20 dk

- *SORUN; gerginlik, dengesizlik, uyumsuzluk, belirsizlik durumudur.*
- *SORUN; bireyin istenilen bir hedefe ulaşmak için topladığı mevcut güçlerin karşısına çıkan engellerdir. (Bingham, 1971)*
- *SORUN; bir ortamdan ya da bir durumdan daha çok tercih edilen bir başka ortama veya duruma geçiş esnasında önümüze çıkan engeller, zorluklardır. (Stevens, 1998)*
- *SORUN; sizin önünüze atılmış, sizi engelleyen bir durumdur. (John Adair, 2000)*

Her tür sorunun üç temel özelliği 5dk

- 1. *Bireyin belirlediği bir amacı vardır.*
- 2. *Bireyin amaca giden yolunda bir engeli vardır.*
- 3. *Birey amacına ulaşmak istediğinde içsel bir gerginlik duyar.*

SORUN ÇÖZME YÖNTEM VE TEKNİKLERİ 10 dk

AMAÇLARI

- Rahatsızlığın nedeni olan sorunu belirlemede bireye yardım etmek;
- Bireyin güçlerini ve destek faktörlerini tanmasına yardım etmek;
- Bireye sorunlarını çözmesi için sistematik bir yol öğretmek;
- Bireye sorunlarını dolayısı ile yaşamını kontrol edebileceği duygusunu kazandırmak;
- Bireyi gelecekte karşılaşılabileceği sorunları çözmesi için etkili yöntemlerle güçlendirmek ve buna hazırlamak.

•Karşılaştığımız sorunu sadece eleştirirsek iki katına çıkar. 5dk

•Sadece sorunu düşünmekle yetinirsek sorun yerinde sayar.

•Soruna çare bulursak sorun, sorun olmaktan çıkar.

İnanıldığınız zaman aklınız o şeyi yapmanın yolunu bulur.

SORUN ÇÖZME BASAMAKLARI ŞUNLARDIR: 10 dk

1. Dur ve düşün: Sorun nedir?
2. Sorunun çözüm yolları nelerdir?
3. Seçenekleri avantaj ve dezavantajlarıyla değerlendir.
4. Bir ya da daha fazla seçeneği seç ve uygulamayı planla.
5. Çözüme ulaşmak için hangi kaynaklara ihtiyacın olacak, bunları nasıl sağlayacaksın?
6. Seçtiğin çözümü uygulamak için bir zaman belirle ve bunu YAP!

**•İŞİ GERÇEKLEŞTİRMEK HEDEFE ULAŞMAK İÇİN KAYNAKLARA
GEREKSİNİM OLACAKTIR. 10dk**

Kaynaklara şunlar örnek olabilir:

•Zaman

•Para

•İnsanlar(*anne,baba,arkadaşlar,akrabalar,bakıcılarve sağlık hizmetleri sunan kimseler*)

•Araç gereçler(*ulaşım araçları,telefon,kağıt,kalem,kitapçıklar vs*)

•Yer (*sağlık hizmeti sunan kurumlar, danışmanlık merkezleri, dernekler, sosyal kuruluşlar*).

ÖRNEK SORUN 10 dk

•Ayten Hanım 32 yaşında ve 2 çocuk annesi 5 yıldır şizofreni tedavisi görüyor. 5 aydır depresif ruh hali var. Kısa zaman önce işini kaybetmiş. Arkadaşları ile görüşmek istemiyor. Önceden severek yaptığı aktiviteleri artık yapmıyor. Kocasının onu anlamadığını düşünüyor ve onunla iletişim kurmakta güçlük yaşıyor. Annesinin sürekli telefonla araması ve eve ziyarete gelmesi, yaptığı şeyler konusunda eleştirilerde bulunması onu rahatsız ediyor.

II. OTURUM ve III. OTURUM

Bir önceki oturumun özeti yapılır. Konuya kaldığı yerden devam edilir ve daha sonra hastaların ellerine yazılı olarak örnek materyal verilir.

Birinci basamak:

DUR VE DÜŞÜN

SORUN NEDİR? 20dk

•Önemli olan yaşadığımız olumsuz olayı fark edip; onu bir sorun olarak tanımlayabilmektir.

•Yaşanan bir olay herkes için aynı anlamı taşımaz. Birisi için sorunken bir başkası için sorun değildir.

AYTEN HANIMIN SORUNLARI NELER OLABİLİR?

- 1) İşsizlik
- 2) Kendine güvensizlik
- 3) Sosyal ilişkilerde azalma
- 4) Depresyon
- 5) Hobilere karşı ilgi kaybı
- 6) Annenin baskılayıcı ve eleştirel tutumları
- 7) Kocası ile güç iletişim

İkinci basamak:

SORUNUN ÇÖZÜM YOLLARI NELERDİR? 40dk

Kaynaklar ve güçler belirlenir:

- Bunları sıkıntılı ve stresli durumlarda ortaya çıkarmak oldukça güç olabilir.
- Burada önemli olan güçlerin nasıl ortaya çıkarılacağı ve sorunun çözümüne katkısının ne olacağıdır.

Kişisel güçleri ve kaynakları belirlemede önemli faktörler bulunmaktadır:

- Önceki sorunlarımızla nasıl başettiğimiz,
- Benzer bir durumla karşılaştığımızda ne yaptığımız,
- Sorunlarla başetme konusunda ne tür sıkıntılar yaşıyoruz ve bunlarla nasıl başediyoruz.....
- Çözüm yolları ararken aklımıza gelen her türlü durum kullanılır. **Ancak bunların olumlu ve olumsuz yönleri değerlendirilir.** Elimizde olan kaynaklar göz önüne alınır.

Seçenekleri değerlendirirken çeşitli kaynaklara ihtiyacımız olacak:

•*Zaman*

•*Para*

•*İnsanlar (anne, baba, arkadaşlar, akrabalar, bakıcılar ve sağlık hizmetleri sunan kimseler)*

•*Araç gereerler (ulaşım araçları, telefon, kağıt, kalem, kitapçıklar vs)*

•*Yer (sağlık hizmeti sunan kurumlar, danışmanlık merkezleri, dernekler, sosyal kuruluşlar).*

Örneğin Ayten Hanımın kocası ile olan sorununa çözüm seçenekleri şu şekilde olabilir:

•*Kocasının bir süre eve gelmemesini ve annesinde kalmasını söylemek,*

•*Gidip bir süreliğine kız kardeşinde kalmak,*

•*Boşanmak,*

•*Eşi ile olan sorunlarını yüz yüze konuşmak,*

•*Bu durumu kabul etmek ve bir şey yapmamak.*

ÖRNEK VAKA

Emine Hanım, 24 yaşında ortaokul mezunu, bir mağazada tezgahtar olarak çalışıyor ve 2 yıldan beri şizofreni tedavisi görüyordu. Ailesiyle birlikte yaşıyordu.

Son günlerde kendini çok kötü hissediyor hiçbir arkadaşıyla görüşmek istemiyordu. Annesiyle anlaşmakta güçlük çekiyor söylediği her şeyi yanlış algılıyor ve sürekli kavga ediyordu. Kendini odasına kapatmış işe dahi gitmiyordu. Televizyondaki en sevdiği dizileri izlemiyor sevdiği yemekleri yemiyor en samimi arkadaşıyla bile görüşmüyordu. Yanına gelen herkesle kavga ediyor kimse ile görüşmek istemediğini söylüyordu.

BURADAKİ SORUNLAR NELER?

Veriler yazı tahtasına hastalarla tartışılarak yazılır. Tüm hastaların eşit söz almalarına ve konuşmalarına fırsat verilir. Konuşmaya hastaya “ siz ne düşünüyorsunuz?” şeklinde sorularla başlanarak kendisini ifade etmesi sağlanır.

- Sorunların çözüm yolları nelerdir?
- Kaynaklar ve güçler nelerdir?
- Seçeneklerin değerlendirilmesi.
- Örnek vaka üzerinden çözüm belirlenmesi.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİZ NELER?

OLUMLU YÖNLERİ OLUMSUZ YÖNLERİ GEREKLİ KAYNAKLAR

HANGİ ÇÖZÜMÜ SEÇTİNİZ? NEDEN?

IV. OTURUM

Bir önceki oturumun özeti yapılır.

- Çözümün avantaj ve dezavantajlarının belirlenmesi.
- Örnek vakanın ikinci kısmındaki sorunların belirlenmesi.
- Belirlenen sorunlara çözüm önerileri getirilmesi.
- Çözümün seçilmesi, avantaj ve dezavantajların belirlenmesi.

Üçüncü basamak:

SEÇENEKLERİ DEĞERLENDİR!

• *Bunlar arasından ulaşabileceğin ve en uygun olanına karar ver. Bulduğun seçeneklerin **olumlu ve olumsuz** her yönünü düşünmeyi ihmal etme. Bu senin uygulamayı daha da kolaylaştıracaktır.*

Ayten Hanım kocasından ayrılma seçeneğini seçmiş olsun:

Bu seçeneğin olumlu ve olumsuz yönleri hastalarla karşılaştırılarak yazı tahtasına yazılır. Sonrasında örnek vakanın II. Kısım verilir.

Örnek Vaka II. Kısım

Emine hanım, bir gün tüm cesaretini toplayarak dışarı çıktı. Markete gidip bir şeyler alması gerekiyordu. Kapının önüne çıktığında arkadaşlarını gördü. Onlarla konuşmak istemiyordu. Arkadaşları :

- Emine nasılsın, nerelerdesin? Günlerdir işe gelmiyorsun, hasta mısın yoksa?

Diye sordular.

Emine, “hasta mısın” sorusuna çok kızdı ve öfkeli bir şekilde;

- Hasta falan değilim hasta olan sizsiniz hem bu sizi hiç ilgilendirmez. Kim gönderdi sizi? Arkamdan ne işler karıştırdığınızın farkındayım defolun gidin buradan.

diyerek hızla uzaklaştı.

Arkadaşları bu duruma çok şaşırılmışlardı. Onun söylediklerinden hiçbir şey anlamamışlardı. Oysa tüm iyi niyetleri ile sormuşlar onu merak etmişlerdi.

Emine otobüs durağına vardığında otobüs henüz gelmemişti ve beklemek zorundaydı. Bu duruma da öfkeleni ve bağırip çağırdı. Hava da gittikçe kararmaktaydı. Yürüyerek gitmeyi düşündü. Ancak gideceği yer 20 km idi. Bunu göze alabilirdi. Yürümeye başladı ancak ileride birkaç kişi vardı. Onlarla ilgili şüpheli düşünceleri oldu ve korktu. Geri dönüp koşmaya başladı ve otobüse bindi. Para vermeden oturdu. Şoför para isteyince ona geç kaldığı için öfkeleni ve parayı fırlattı.

Markete girip biraz alış veriş yaptı. Parayı ödeyip çıktıktan sonra market sahibinin kendisinden fazla para aldığını fark etti. Öfkeyle markete geri girip bağırip çağırdı. Market sahibinin açıklamasına izin bile vermedi. Aceleyle çıkıp etrafta boş boş dolaştı. Ailesi onu çok merak etmişti. Geç bir saatte eve döndü. Annesi kızındaki bu değişimi fark etti.

BURADAKİ SORUNLAR NELER?

ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİZ NELER?

OLUMLU YÖNLERİ OLUMSUZ YÖNLERİ GEREKLİ KAYNAKLAR

HANGİ ÇÖZÜMÜ SEÇTİNİZ? NEDEN?

V. OTURUM

Bir önceki oturumun özeti yapılır.

- Çözümün seçilmesi ve uygulamanın planlanması.
- Çözümlerin rol-play yöntemi ile uygulamaya konulması.
- Örnek vakanın III. kısmının tartışılması.
- Örnek vakanın üçüncü kısmındaki sorunların, çözümlerin belirlenmesi, rol*play yöntemi ile uygulanması.

Dördüncü basamak:

***BİR YA DA DAHA FAZLA SEÇENEĞİ SEÇ VE UYGULAMAYI
PLANLA***

Örnek Vaka III. Kısım

Bu halinin kullandığı ilaçlardan kaynaklandığını düşündü. İlaçlara ihtiyacının olmadığını düşünerek ilacını bırakmaya karar verdi. Ama tam olarak buna cesareti yoktu. Bundan sonra ilaçlarından sadece günde 1 tane içmeye karar verdi.

Durumu günden güne daha da kötüye gidiyordu. Kendisini odasına kilitlemiş hiçbir şekilde dışarı çıkmıyor, yemek yemiyor, banyo yapmıyordu. Kendisine yardım etmek isteyen annesine öfkeleniyor, saldırgan davranışları oluyordu. Gün boyu odasında kulağına gelen seslerle konuşuyor, uyuyordu. Perdeleri açmıyor, odasını havalandırmıyor, sürekli sigara içiyordu. Çok kötü koktuğunu fark etti ama bu onun için hiçte önemli değildi.

Ertesi gün hemen annesi ve babası onu hastaneye götürmek istediler fakat Emine buna razı olmuyordu. Annesi ve babası onu zorla ikna ederek hastaneye götürdüler. 2 hafta tedavisi düzenlendikten sonra taburcu oldu. Bu arada aradan uzun zaman geçmişti ve işyerine hiç gitmemişti. Ne yapacağını bilmiyordu işi bırakmaya karar verdi. Çünkü artık herkes hastalığının ne olduğunu öğrenmiş, onlara çok kötü davranmış ve onlar hakkında çok kötü şeyler konuşmuştu. Bir daha oraya dönmek istemiyor, utanıyordu. Ailesi onu ikna edemedi ve Emine işi bıraktı.

BURADAKİ SORUN NE?

ÇÖZÜM ÖNERİLERİNİZ NELER?

**OLUMLU YÖNLERİ OLUMSUZ YÖNLERİ GEREKLİ
KAYNAKLAR**

HANGİ ÇÖZÜMÜ SEÇTİNİZ? NEDEN?

VI. OTURUM

Bir önceki oturumun özetlenmesi.

- Uygulamaların sonuçlarının değerlendirilmesi.
- Emine Hanım sorunlarını nasıl çözmeye çalıştı?
- Emine Hanım bizim tartışarak belirlediğimiz sorunları öğrendiğiniz sorun çözme yöntemiyle ele alsaydı durum nasıl olurdu?
- Hastalığınızın özelliği ve yaşantımızın getirdiği bazı güçlükler nedeniyle sizlerde zaman zaman sorunlar yaşıyorsunuz. Sorunlarınızı etkili bir şekilde çözmeye çalışırsanız yaşantınızda daha az güçlükle karşılaşabilirsiniz.
- Sorunların nasıl çözülebileceğinin özetlenmesi ve kapanış.

Beşinci basamak:

HANGİ KAYNAKLARA İHTİYACINIZ OLACAK

•ŞİMDİ SEÇTİĞİMİZ SEÇENEĞİ CANLANDIRALIM

•ZAMAN,

•PARA,

•YARDIM EDECEK KİMSE,

•TELEFON,

•YER.....

Altıncı basamak:

***SEÇTİĞİN ÇÖZÜMÜ UYGULAMAK İÇİN BİR ZAMAN BELİRLE VE
BUNU YAP!!!!***