



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ HASTALARININ TOPLUM RUH SAĞLIĞI
MERKEZİ'NE DEVAM DURUMUNA GÖRE İŞLEVSELLİK,
İÇGÖRÜ VE TEDAVİYE UYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Beyza ŞENER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Aysel KARACA

DÜZCE, 2022



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ HASTALARININ TOPLUM RUH SAĞLIĞI
MERKEZİ'NE DEVAM DURUMUNA GÖRE İŞLEVSELLİK,
İÇGÖRÜ VE TEDAVİYE UYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Beyza ŞENER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Aysel KARACA

DÜZCE, 2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

27.07.2022

Beyza Şener



ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR

Tez hazırlık sürecinde deneyim, bilgi ve yardımlarını esirgemeyen, çekinmeden her soruyu sorabildiğim, kendisinden çok şey öğrendiğim, çok saygı duyduğum, her zaman anlayışlı ve ilgili davranan değerli tez danışmanım Doç. Dr. Aysel Karaca hocama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Halidere Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışan, ölçekleri uygulama konusunda bana destek olan, veri toplama sürecinde desteklerini esirgemeyen, sevgili meslektaşlarım Hemşire Semiha Hanım ve Hemşire Melahat Hanım'a teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitim dönemim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim ve konu belirleme sürecinde fikirlerini belirterek katkı sağlayan, Doç. Dr. Fatma Eker'e çok teşekkür ederim.

Bu süreçte beni her zaman motive eden, desteklerini ve varlıklarını her koşulda hissettiğim, her zaman olduğu gibi bu süreçte bana güvenen ve yanımda olan anne ve babama, sevgili eşim Tanju Şener'e, kardeşim Mehmet Tural'a en derin sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak, şu an 4 aylık olan bebeğim Çağan Şener' e hamileyken yazdığım bu tez için O'na çok teşekkür ederim.

Düzce, 2022

Beyza ŞENER

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ	iv
TABLolar LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Psikoz Nedir?	6
2.2. Şizofreni	6
2.2.1. Tanımı.....	6
2.2.2. Şizofreni Epidemiyoloji.....	6
2.2.3. Etiyolojisi	7
2.2.4. Klinik Belirtiler	7
2.2.5. Gidiş ve Sonlanış	7
2.3. Şizoaffektif Bozukluk	8
2.3.1. Tanım.....	8
2.3.2. Epidemiyoloji	9
2.3.3. Etiyoloji	9
2.3.4. Klinik Belirtiler	9
2.3.5. Tanı.....	9
2.3.6. Gidiş ve Sonlanım	10
2.4. Atipik Psikoz.....	10
2.4.1. Tanım.....	10
2.4.2. Epidemiyoloji	10
2.5. Şizofreni ve Şizoaffektif Bozuklukta Tedavi.....	11
2.5.1. İlaç Tedavisi	11
2.5.2. Elektrokonvulzif Tedavi Elektrokonvulzif Terapi (EKT).....	12
2.5.3. Psikososyal Tedaviler	12
2.6. Şizofreni ve İçgörü.....	13
2.7. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik	14
2.8. Şizofrenide Tedaviye Uyum	15
2.9. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	15
2.9.1. Dünya’ da Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri	16
2.9.2. Türkiye’ de Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri	17
2.9.3. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Çalışmalar	20
2.10. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırma Soruları.....	23
3.3. Evren ve Örneklem	23
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	23
3.3.2. Araştırmada Dışlama Ölçütleri.....	23
3.4. Araştırma Yerinin Özellikleri	25

3.5. Veri Toplama Yöntemi	26
3.6. Veri Toplama Araçları	26
3.6.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu	26
3.6.2. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)	26
3.6.3. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ).....	27
3.6.4. Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ).....	28
3.7. Verilerin Analizi	29
3.8. Etik Konular.....	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
4. BULGULAR.....	29
4.1. Hastaların Tanılarına Dair Bulgular.....	30
4.2. Ölçeklerden Elde Edilen Puanlara Ait İstatistikler	30
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
6.1. Sonuç.....	39
6.2. Öneriler	39
KAYNAKLAR	41
EKLER	50
Ek 1.....	50
Ek 2.....	51
Ek 3.....	52
Ek 4.....	54
Ek 5.....	62
Ek 6.....	64
Ek 7.....	65

KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ

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

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1.1. Örneklemeye İlişkin Betimleyici Bulgular	24
Tablo 2.1. Ölçek ve Alt Boyutları İçin Tanımlayıcı İstatistikler ve Güvenirlikler.....	28
Tablo 3.1. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre Dağılımları	30
Tablo 4.1. Hastaların TRSM' ye Devam Etme Durumlarına Göre İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Morisky Uyum Ölçeği Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi	30
Tablo 4.1. Hastaların TRSM' ye Devam Etme Durumlarına Göre İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Morisky Uyum Ölçeği Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (devam).....	31
Tablo 5.1. Hastaların TRSM'ye Devam Etme Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi.....	32
Tablo 5.1. Hastaların TRSM'ye Devam Etme Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (devam).....	33
Tablo 6.1. Hastaların İçgörü Düzeylerinin TRSM Programına Devam Durumuna Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 7.1. Hastaların Tedavi Uyum Düzeylerine Göre Dağılımları	34
Tablo 8.1. Hastaların TRSM'ye Devam Durumuna Göre Morisky Uyum Ölçeği Puan Grupları	34

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Hastaların TRSM' ye Devam Etme Durumlarına Göre Ölçek Puan Grafiği 32



ÖZET

PSİKİYATRİ HASTALARININ TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NE DEVAM DURUMUNA GÖRE İŞLEVSELLİK, İÇGÖRÜ VE TEDAVİYE UYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmanın amacı, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne (TRSM) kayıtlı hastaların TRSM programına devam durumuna göre hastaların sosyal işlevsellik, içgörü ve ilaç uyumlarının karşılaştırılmasıdır. Araştırmanın örneklemini İzmit ili Halidere Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne Eylül 2019 itibarıyla en az bir yıldır kayıtlı olan şizofreni, bipolar bozukluk, şizoaffektif bozukluk ve belirlenmemiş organik olmayan psikoz tanısı alan yetişkin 130 hasta oluşturmuştur. Bu hastalar Toplum Ruh Sağlığı Merkezine devam eden (n:65) ve etmeyen (n:65) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Veri toplama araçları olarak; Sosyo-demografik Bilgi Formu, Morisky Uyum Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği kullanılmıştır. Bu araştırma, Psikiyatri Hastalarının Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne Devam Durumuna Göre İşlevsellik, İçgörü ve Tedaviye Uyumlarının Karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmıştır. Verilerin analizinde; kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Bağımsız iki grup arasındaki farklılıklara Bağımsız Örneklem T Testi ve iki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişkiler ise Pearson Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine devam eden hastaların Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam, İç Görünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği toplam ve Morisky Uyum Ölçeği toplam puanları devam etmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Toplum Ruh Sağlığı Merkezi faaliyetlerine düzenli katılmak hastaların işlevsellik düzeylerine, hastalığa dair içgörü geliştirmelerine ve tedaviye uyumlarına olumlu katkı sağlamaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda toplum ruh sağlığı hemşiresinin hasta ve hasta ailelerine yönelik Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine düzenli katılımı destekleyecek eğitim ve müdahale programlarına öncelik vermesi önerilebilir.

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

ABSTRACT

A COMPARISON OF FUNCTIONALITY, INSIGHT AND TREATMENT ADAPTATION ACCORDING TO PSYCHIATRIC PATIENTS' ATTENDANCE TO A COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTER

The aim of this study is to compare the social functionality, insight and medication compliance of patients enrolled in the Community Mental Health Center (TRSM) according to the attendance status of the TRSM program. The sample of the study consisted of 130 adult patients diagnosed with schizophrenia, bipolar disorder, schizoaffective disorder and unspecified inorganic psychosis, who were registered to the Izmit Province Halıdere Community Mental Health Center for at least one year as of September 2019. These patients were divided into two groups as those attending the Community Mental Health Center (n: 65) and those who did not (n: 65). As data collection tools; Socio-demographic Information Form, Morisky Adjustment Scale, Three Components of Insight Assessment Scale and Social Functioning Scale were used. This study was planned as a descriptive study in order to compare the Psychiatric Patients' Functionality, Insight and Compliance with Treatment According to the Community Mental Health Center Attendance. Frequencies (number, percentage) were used for categorical variables, and descriptive statistics (mean, standard deviation) were used for numerical variables. The differences between the two independent groups were analyzed using the Independent Sample T-Test and the relationships between the two independent numerical variables were analyzed using the Pearson Correlation coefficient. The Social Functioning Scale total, the Three Components of Insight Assessment Scale and Morisky Adjustment Scale total scores of the patients attending the Community Mental Health Center were found to be significantly higher than the patients who did not attend the Community Mental Health Center ($p < 0.05$). Regular participation in Community Mental Health Center activities contributes positively to the functionality level of patients, their development of insight into the disease and their compliance with treatment. In line with these results, it can be suggested that community mental health nurses give priority to education and intervention programs that will support regular participation in Community Mental Health Centers for patients and their families.

Keywords: Community Mental Health Center, Community Mental Health Nurse, Functioning, Insight, Medication Compliance, Social Functioning

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Şizofreni hastalığı çoğu zaman genç yaşlarda başlayan, hastalığın gidişatı kişiden kişiye değişen, ruh sağlığının bütününde belirtiler gösteren, etyolojisi tam anlamda saptanamamış ve kişinin büyük oranda becerilerinde azalmaya sebep olan toplumsal bir sağlık sorunudur¹. Şizofreni, dünyada 21 milyondan daha çok bireyi etkileyen kronik ve son derece ciddi bir akıl hastalığı olarak tanımlanmaktadır¹. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımlamasıyla, 15-44 yaş grubu bireylerde en çok beceri kaybına sebep olan hastalıklar sıralamasında sekizinci sıradadır³. Şizofreninin sonuçlarının en kötü olanlarından biri toplumsal alanda işevsel kayıpların yaşanmasıdır. Garip mimikler, görsel iletişim kuramama, iletişim halinde iken uzun süre düşünerek ve bekleyerek cevap verme, duygusal olarak yakınlık kurmakta zorlanma gibi durumlar ortaya çıkarak bireyin başarılı sosyal ilişkiler kurmasını engeller⁴.

Günümüzde bu belirtiler toplumsal psikiyatri ve rehabilitasyon için farklı sağıltım yöntemlerinin arayışını doğurmuştur⁵. Şizofreni tedavisinde ilaçlar büyük rol oynamaktadır. Bu ilaçlar şizofreni belirtilerini azaltma veya ortadan kaldırma, hastalığın yeniden nüksetme oranlarını düşürmede etkilidir. Böylelikle antipsikotik ilaç tedavisine iyi yanıt veren hastalarda dahi toplumsal ilişkilerde sınır, hayat kalitesinde gözle görülür bir azalma, bilişsel yetilerde azalma, meslek kaybı veya iş başarısında azalma görülebilmektedir⁶. Şizofreninin tedavisinde, son zamanlarda ilaç tedavisiyle beraber ruhsal toplumsal tedavi yöntemlerinin de oldukça işe yaradığı görülmüştür⁷. Psikiyatrik rehabilitasyon, şizofreni hastalarına konforlu bir yaşam sunmaktadır⁸. Yıldız; farklı beceri eğitimleri ve tedavileri alan hastaların işlevsellik durumunda iyileşmenin görülmesi ve devam edebilmesi amacıyla toplumsal destek sistemleri ile (vakıf, kulüp, dernek gibi) pekiştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır⁹. Böylelikle psikososyal girişimlerin hastanın hayat kalitesi, işlevsellik düzeyi ve ilaç tedavisine uyumu açısından kapsamlı bir rol oynayabileceği düşünülmektedir¹⁰. İlaç ve standart bakım ile ilişkili nüks oranlarına kıyasla farmakolojik tedavi ve psikososyal tedavi birlikte kullanıldığında, nüks oranlarının %50'ye kadar düştüğü konusunda güçlü kanıtlar mevcuttur¹¹.

Şizofreni tanısı alan bireylerde sosyal bilişsel işlevler bozulmakta ve yaşam kalitesi ciddi oranda azalmaktadır¹². Bipolar bozuklukta da aynı durum görülmektedir¹³.

Aynı zamanda bu hastaların farmakolojik tedaviye uyumlarının incelendiği bir çalışmada, hastaların tedaviye uyumsuzluk oranı %19.2 bulunmuştur.

Şizofreni tanısı alan bireylerde sosyal bilişsel işlevler bozulmakta ve yaşam kalitesi ciddi oranda azalmaktadır¹². Aynı zamanda bu hastaların farmakolojik tedaviye uyumlarının incelendiği bir çalışmada, hastaların tedaviye uyumsuzluk oranı %19.2 bulunmuştur. Farmakolojik tedaviye uyum sağlamayan hastaların, hastalık belirtilerini de ayırt etmekte zorlandıkları ve hastaların beşte birinin ise hastaneden taburcu olduktan sonraki ilk üç ay içerisinde, ilaç almayı bıraktıkları saptanmıştır¹⁴.

Arslan ve ark. tarafından yapılan bir çalışmaya göre; psikososyal tedaviye ihtiyacı olan hastaların ilaç tedavisine uyum düzeyinin ve içgörülerinin arttığı, klinik belirtilerin şiddetinin azaldığı, hastaneye yatışın azaldığı ve sosyal işlevsellik düzeylerinin arttığı görülmüştür¹⁵. Antipsikotik ilaç tedavisi alan hastaların bulunduğu başka bir çalışmanın sonucuna göre; yüksek ilaç uyumu olan bireyler, düşük ilaç uyumu olan bireylere oranla yan etkileri az yaşamaktadır¹⁶. İlaç tedavisi ile psikososyal tedavilerin birlikte uygulandığı multidisipliner yöntem ile, hastaların ilaç tedavisine uyumlarının, genel işlevselliklerinin ve hayat kalitelerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır¹⁷. Yapılan bu çalışmalar, multidisipliner tedavilerin ve sürekliliğinin ne kadar etkili olduğunu göstermesi açısından önemli bir yer tutmaktadır.

Multidisipliner yaklaşımlar hastaların tedaviye uyumun ve hayat kalitesini de arttırdığı bilinmektedir. Şizofreni hastalarına ilaç tedavisiyle beraber psikososyal girişimlerde bulunulduğunda, tedaviye uyumsuzluk oranları azalmakta, hastalığın nüks etme riski azalmakta, içgörü, yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellik oranları artmaktadır¹⁸. 2006 yılında ülkemizde hastane temelli tedavi modelinden toplum temelli tedavi modeline geçiş kararı Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni ile alınmıştır. Bu amacı için ilk etapta 2008 yılında Bolu'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezi kurulmuş, pilot çalışmalara ise 2009'da Nisan ayında başlanmış ve ortaya çıkan sonuçlara bakılarak 2011 yılı Şubat ayında yönerge yayınlanarak tüm ülke çapında yaygınlaştırılması sağlanmıştır¹⁹. Bu gelişmelerin akabinde 2011 yılı itibari ile ülkemizde psikososyal destek hizmetlerinin verilebilmesi amacı ile TRSM'ler açılmaya başlanmıştır. Bu merkezlerin amacı; hastalara psikososyal destek hizmetleri sunulması, hastaların takip ve tedavilerinin gerekli durumlarda evde sağlık hizmeti şeklinde uygulanmasıdır.

Aynı zamanda hastaların topluma kazandırılması, hastaneye yatış oranının azaltılmasıdır²⁰. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri'nin yürütülebilmesinde ekibin önemli bir yeri vardır²¹.

TRSM'lerin uygulama bünyesinde yer alan ailelere yapılan ev ziyaretlerine katılan toplum ruh sağlığı hemşirelerine bu konuda önemli rolleri düşmektedir. Toplum ruh sağlığı hemşiresi (TRSH); ruh sağlığı hastalıklarının tüm aşamalarının devamını ve sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarına katılmaktadır²². Toplum ruh sağlığı hemşiresi, TRSM'lerindeki hasta izlem ve uygulamalarında hem de ev ziyaretleri sırasında hastanın sosyal işlevselliklerini, içgörüsünü ve tedaviye uyumlarını önemle takip etmektedir. Aynı zamanda hastaların TRSM'ye düzenli devam etmeleri konusunda da hasta ve ailelerinin motivasyonlarını artıracak müdahalelerde bulunmaktadır. TRSM'lere düzenli devam etmenin hastaların iyileşme parametreleri üzerindeki bilimsel kanıtları hasta ve ailelerinin TRSM'ye düzenli katılımı konusunda teşvik edici olacağı düşünülmektedir.

TRSM'ye düzenli katılan hastaların iyileşme parametreleri ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır²³. Yapılan bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre TRSM'lerin ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların iyileşmesinde önemli rol oynadığı görülmüştür. Bir diğer çalışmanın sonucunda; TRSM'deki uygulanan psikososyal rehabilitasyon programlarının hastaların yaşam kalitesi, içgörü, tedaviye uyum ve sosyal işlevselliğinin gözle görülür bir şekilde arttığı aynı zamanda hastalıklarının negatif, pozitif belirtilerinin önemli ölçüde azaldığı sonucuna ulaşılmıştır¹⁸.

Aynı zamanda TRSM'ye devam etme/etmeme durumuna göre hastaların işlevsellik, tedaviye uyum ve içgörü düzeyine etkisi konusunda yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'ne devam eden hastaların bazı iyileşme parametrelerinin incelenip, devam etmeyen grupla karşılaştırma yapılması bu çalışmanın ana eksenini oluşturmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, TRSM'ye devam eden ve etmeyen hastaların işlevsellik, içgörü ve tedaviye uyumlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

DSM-5 Ruhsal Bozukluklar Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı'nda tüm psikotik bozukluklar "Şizofreni Spektrum Bozukluğu" kavramı altında sınıflandırır¹¹.

2.1. Psikoz Nedir?

Psikoz; birçok psikiyatrik, nörogelişimsel, nörolojik ve tıbbi hastalığın yaygın ve işlevsel olarak yıkıcı bir belirtisidir. Psikozun tanımında; sanrılar, halüsinasyonların ve sanrısız yanlış tanımlama sendromları yer almaktadır. Buna ek olarak psikoz; şizofreniyi tanımlayan bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Buna ek olarak bipolar bozukluk ve madde bağımlılığının ortak özelliği olup çeşitli nörolojik hastalıkların yaygın belirtisidir²⁴.

1911 senesinde psikozu E.Bleuler: "bireyin topluluk içerisindeki davranışlarının ciddi ve farkedilebilir düzeyde bozulması şeklinde tanımlamıştır.²⁵" Ruh sağlığı alanıyla ilgilenen doktorlar 19. yüzyılda belirgin bir semptom ve etiyolojik kurama dayanmaksızın ruhsal sağlığı hastalıklarının tanımını yapmak için psikoz terimini ilk kez kullanmıştır.

2.2. Şizofreni

2.2.1. Tanımı

Şizofreni, yüzyıllardır ruh sağlığı alanında çalışanları en fazla uğraştıran, ancak bugün bile tam olarak tüm boyutuyla açıklanamamış bir ruhsal bozukluktur.

Genellikle gençlik çağlarında başlayan, kişinin çevresinden uzaklaşarak kendi içine kapanıklaştığı; duygu, düşünce ve davranışlarında büyük oranda bozuklukların ortaya çıktığı, beynin yapısı ve fonksiyonlarında değişikliklerin olduğu, kronik biyolojik bir beyin hastalığıdır²⁶.

2.2.2. Şizofreni Epidemiyoloji

DSÖ, 2004 yılındaki verilerinde şizofreni hastalığı tanısına sahip 26.3 milyon kişi olduğunu belirtmiştir²⁷. Şizofreni her toplumda sık görülmektedir. Çalışmalara bakıldığında şizofreninin ortalama insidansı 100.000 kişide 15,2 şeklinde ortaya konulmuştur. Yakın tarihli geniş kapsamlı bir çalışmada şizofreninin 12 ay içerisindeki prevalans ortalaması %0,33 (0,26-0,51) ve yaşam boyu prevalans ortalaması %0,48 (0,34-0,85) olarak bildirilmiştir²⁸.

Türkiye’de psikotik bozuklukların prevalansını inceleyen çalışma sonucunda, şizofreni hastalığının prevalansı 1000 kişi de 8.9 olarak belirlenmiştir²⁹. İzmir’de yürütülen bir çalışmada, affektif olmayan psikotik bozuklukların yaygınlığı %1.42 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada şizofreninin yaygınlığı %0.74, şizoaffektif bozukluğun yaygınlığı %0.20 olarak bulunmuştur³⁰. Bu bozukluğun kadınlara oranlarda erkeklerde görülme ihtimali daha düşüktür³¹.

2.2.3. Etiyolojisi

Şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında genetik ve çevresel etmenler rol oynamaktadır. Bu çevresel etmenler; genetik mutasyona neden olmaları ve gen dışavurumu üzerine etkileri nedeniyle biyolojik özellik taşırlar³².

Şizofreni hastalığının etiyolojisi tam olarak bilinmemekle beraber % 60-80 kalıtsal olduğu ortaya konmuştur. Şizofreni tanıli her hastada hastalığın başlangıç yaşı, klinik tablosu, tedavi yanıtları farklılıklar gösterdiği için bir sendrom olarak değerlendirilmektedir. Bu yüzden hastalığın etiyolojisinde belirli başlı nedenler yer almamaktadır³³.

2.2.4. Klinik Belirtiler

Şizofrenide birden fazla klinik bulgu mevcuttur. Şizofreni hastaları; genelde yalnız, uyumlu, içine kapanık, sessiz, şizoid kişilik özelliklerini taşırlar. Şizofrenide bilişsel süreçlerde bozulmalar, algı ve düşünce bozuklukları, motor fonksiyon anomalileri, avolüsyon ve apati, iletişimde zorluklar, duyguları ifade etme becerilerinde azalma ve duygusal yoksunluk içeren klinik belirtiler bulunmaktadır.

Tanı, Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-V tanı kriterleri göz önüne alınarak konmaktadır.

2.2.5. Gidiş ve Sonlanış

Şizofreni kısmi remisyonların ve akut alevlenmelerin yer aldığı kronik hastalıktır. Psikotik alevlenmeler sırasında bilişsel yıkım oluşmaktadır. Şizofreni sinsi veya akut gelişebilir³⁴. Şizofreninin klinik tablosu hastaya göre değişiklik göstermektedir. Şizofreni hastalarının ortalama beşte birinde iyileşme görülür. Hastalığın başlamasından itibaren 5-10 yıl içinde genel olarak işlevsel fonksiyonlarda azalma ya da belirtilerde artma meydana gelebilmektedir³⁵.

Hastalıkta iyi gidişat:

- Kadın cinsiyet

- Ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması
- Hastalığa geç yakalanma
- Hastalıktan öncesi yaşamda iyi uyum sağlama
- Evlilik hali
- Belirtilerin ani olması
- Pozitif belirtilerin fazlalığı
- Psikotik alevlenmenin az olması, kısa sürmesi
- Hastalığa ağır çevresel olayların neden olması
- Şizofreninin katatonik veya paranoid seyirli olması
- Kırsal bölgede yaşam
- Erken tedaviye başlanması
- Psikososyal desteğin varlığı

Hastalıkta kötü gidişat:

- Erkek cinsiyet
- Aile anamnezinde şizofreni bulunması
- Hastalığın erken yaşta başlaması
- Hastalık öncesi şizotipal kişilik ya da şizoid özelliklerinin olması
- Bekâr olma
- Hastalığın yavaş ve sinsi olması
- Hastanede çok yatış olması
- Kentsel bölgede yaşam
- Ek başka hastalıkların olması
- Psikososyal desteğin yeterli olmaması

Hastalığın sonlanmasının en iyi öngörüsü kroniklik kriterleri olarak devam etmektedir. Örneğin; hastalık öncesi yaşama uyum ve işlevsellik düzeyi, hastalıktan önceki süreç, hastalık nöbetinin özelliği ve hastanedeki kalış gün sayısıdır³⁶.

2.3. Şizoaffektif Bozukluk

2.3.1. Tanım

Bir nöbet atağında duygudurum ve şizofreni belirtilerinin aynı anda ya da farklı günlerde birlikte görülmesiyle ortaya çıkan bozukluktur³⁷.

Şizoaftif bozukluk, duygudurum bozukluğunun veya şizofreninin bir türüdür fakat onlardan bağımsız psikoz türüdür. Duygudurum bozuklukları ve şizofreni arasında yer alabileceği öne sürülmüştür³⁸.

Şizoaftif bozukluk tanı kriterleri aşağıdaki 6 klinik tablodur³⁹:

- Duygudurum belirtileri bulunan şizofreni hastaları.
- Şizofreni belirtileri bulunan duygudurum bozukluklu hastalar.
- Hem şizofreni hem duygudurum bozukluğu olan hastalar.
- Şizofreni ve duygudurum bozukluğu ile bağlantısı olmayan üçüncü bir psikozu olan hastalar.
- Şizofreni ve duygudurum bozukluğu arasında belirti gösteren hastalar.
- Bu sınıflamalardan birçoğuna sahip hastalar.

2.3.2. Epidemiyoloji

Yapılan çalışmalardaki kısıtlı bilgilere bakıldığında zaman şizoaftif bozukluk şizofreniye göre daha seyrek görülmektedir ve yaşam boyu yaygınlığının %1'in altında olduğu tahmin edilmektedir⁴⁰. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlarda erkeklerden daha çok görüldüğü bildirilmiştir⁴¹.

2.3.3. Etiyoloji

Çalışmalarda şizoaftif bozukluk incelendiğinde genetiğin önemli bir rol oynadığı ortaya konulmuştur. Ailesinde şizoaftif bozukluk öyküsü olan hastalarda, şizofreni olan kişilerin ailelerine kıyasla daha fazla duygudurum bozukluğu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Şizoaftif bozukluğu olan kişilerin ailelerinde duygudurum bozukluğu olan kişilerin ailelerine göre daha yüksek oranda şizofreni olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gebelik ve doğum esnasında ortaya çıkan komplikasyonlar şizoaftif bozukluk oluşmasında önemli bir yere sahiptir¹³.

2.3.4. Klinik Belirtiler

Çalışmalarda şizoaftif bozukluğun klinik belirtiler açısından şizofreniye benzediği, hastalığın seyri açısından ise duygudurum bozukluklarına benzediği sonucuna ulaşılmıştır⁴¹.

2.3.5. Tanı

DSM-5 Şizoduygulanımsal (Şizoaftif) Bozukluk Tanı Ölçütleri'ne göre tanı koyulmaktadır.

2.3.6. Gidiş ve Sonlanım

Şizoaffektif bozuklukla ilgili uzun süreli ve çok fazla sayıda çalışma yapılmamıştır. Şizoaffektif bozukluk şizofreni ve duygudurum bozuklukları arasında yer alır. 2016 yılında Tondo ve ark.'nın yaptıkları bir çalışma sonucunda bu kanıya ulaşılmıştır.

Bu çalışmada şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluk; bu hastalıkların morbiditeleri ve kişinin hayatına olumsuz etkisi kıyaslanmış ve şizoaffektif bozukluk belirtilere göre bu iki hastalık arasında yer almıştır⁴².

2.4. Atipik Psikoz

2.4.1. Tanım

Organik olmayan psikotik bozukluklar, DSM tanı sisteminde önceleri “atipik” daha sonra “başka türlü adlandırılmayan” psikoz olarak tanımlanan kategoriye en çok uyan gruptur.

Atipik psikoz adıyla tanınan “geçici” DSM kategorisi psikotik belirtileri olan, fakat herhangi bir özgül psikotik bozukluğun tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan hastalar için kullanılmaktadır. Bazı tablolarda, tanı koymak için var olan bilgilerin yetersiz kaldığı zamanlarda kullanılır⁴³.

Psikiyatrik hastalıklar birçok farklı alanda zayıflatıcı ve zorlayıcı olmaktadır. Bu hastalığa sahip bireyler kişilerarası sorunlar yaşarken, okul ve iş hayatında da işlevsellikleri önemli oranda azalmaktadır. Hastalığın başlama yaşı erken gelişim dönemlerinde görülürse, okulu ve işi bırakma durumları görülebilir veya bu gelişim döneminde kişilerin önüne çıkabilecek kritik fırsatları değerlendirme problemleri yaşanabilir¹¹.

2.4.2. Epidemiyoloji

Türkiye’de psikotik bozukluk yaygınlık tahmini çalışma sonuçlarına bakıldığında, şizofreni yaygınlığı 1000 kişi de 8.9 olarak belirlenmiştir²⁹. İzmir’de şizofreni ve psikotik belirti bozukluklarının yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada, affektif olmayan psikotik bozuklukların yaygınlığı %1.42 olarak saptanmıştır. Yine bu çalışmada şizofreni yaygınlığı %0.74, şizoaffektif bozukluk yaygınlığı % 0.20 olarak bulunmuştur³⁰.

2.5. Şizofreni ve Şizoaffektif Bozuklukta Tedavi

Son zamanlarda farklı türde ve çeşitte tedaviler geliştirilmiştir. Modern tedavinin bütünleştirici özellikte olması gerekmektedir. Bütünleştirici tedavinin içeriğindeki alanlar; farmakoterapi, psikoterapiler, rehabilitasyon hizmetleri, ruhsal-eğitici müdahaleler, toplumsal destekler, kendine yardım ve hasta yakınlarıyla işbirliğidir⁴⁴.

Psikotik bozukluğu olan hastalar, tedavi süreleri boyunca birden fazla ortamda tedavi görür. Yatarak tedavi herkese önerilmez ve kendisine ve çevresindekilere zarar verme ihtimali olan hastalara önerilir.

Ayakta tedavi; özel klinik, toplum klinikleri, günlük tedavi ve psikososyal rehabilitasyon programları gibi farklı ortamlarda gerçekleşir. Günlük tedavi ve psikososyal rehabilitasyon programları, bireysel terapi, grup terapisi ve rehabilitasyon tedavisinin birleşimini içeren planlanmış programlardan oluşmaktadır¹¹.

2.5.1. İlaç Tedavisi

2.5.1.1. Antipsikotik (AP) İlaçlar

Antipsikotik ilaçlar psikozun tedavisinde kullanılmaktadır. Bu ilaçlar aslında şizofreni tedavisi için kullanılan ilaçlardır fakat genellikle her psikozun tedavisinde de kullanılmaktadır¹. Günümüzde antipsikotik ilaçlar 2'ye ayrılır. Bunlar tipik antipsikotikler (dopamin antagonistleri) ve atipik antipsikotiklerdir (serotonin-dopamin antagonistleri, enzimitler ve kısmi dopamin agonistleri)⁴⁵.

Uzmanlar son yıllarda, çoğu şizofreni türü için ilk tedavi olarak yeni kuşak atipik antipsikotik ilaçları önermektedir. Hastanede yatarak tedavi; başkalarına zarar verme riski, intihar riski, şiddetli dezorganizasyon, akut psikotik belirtiler, kazara yaralanma riski olduğu durumlarda gerekli olmaktadır⁴⁶.

2.5.1.2. Duygudurum Düzenleyici (DDD) İlaçlar

Duygudurum düzenleyici ilaçlar şizoaffektif Bozukluk gibi psikotik bozuklukların tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Başlıca kullanılan duygudurum düzenleyici ilaçlar; lityum, valproik asit, karbamazepin ve lamotrijindir. Lityumun karbonat tuzu duygudurum düzenleyicisi olarak kullanılmaktadır⁴⁷.

Lityumun belli başlı yan etkileri bulunmaktadır. Lityum tedavisine başlamadan önce bu nedenle bazı sağlık testlerinin yapılması önerilmektedir.

Lityum tedavisine başlamadan önce tam kan sayımı, idrar tahlili, açlık-tokluk kan şekeri, kan üre azotu, serum kreatinini, kreatinin klirensi, tiroid fonksiyon testleri, EKG incelemeleri yapılmalı ve lityum tedavisi boyunca bu tetkikler belirli zaman aralıklarında yeniden yapılmalıdır⁴⁸.

2.5.2. Elektrokonvulzif Tedavi Elektrokonvulzif Terapi (EKT)

İlaçlar bazen yeterli gelmeyebilir. Böyle durumlarda, ajite olan veya katatonik bireylerde hastalık belirtilerinin azaltılması amacıyla kullanılır⁴⁹. EKT tedavisinin, psikotik ve kendine zarar verme riski yüksek olan hastalarda psikiyatrik hastalık belirtilerini azalttığı yönünde çalışmalara rastlanılmıştır⁵⁰. APA (American Psychiatric Association) Rehberi majör depresif nöbette (unipolar, bipolar ve karma) EKT kullanımını özellikle aşağıdaki durumların varlığında önermektedir⁵¹.

- Kendine zarar verme riskinin yüksek olması,
- Psikozun şiddetli olması,
- Ağızdan beslenmenin yetersiz oluşu,
- İlaç tedavisinde başarı oranının düşük olması,
- EKT'ye iyi yanıt,
- Hastanın EKT'yi kendi tercih etmesi,
- Kıvrılgan ya da yaşlı hastalarda, antidepresanların toksik etkilerinin EKT'ye kıyasla fazla olması,
- Katatonik durumlar.

2.5.3. Psikososyal Tedaviler

Gündüz tedavi ve psikososyal rehabilitasyon programları, bireysel terapi, grup terapisi ve iyileşme tedavisinin kombinasyonunu sağlayan programları içerir. Psikososyal tedavi programını içeren kurumların amacı hastaların topluma yeniden kazandırılmasına yardımcı olarak ve hayata yeniden uyumlanmasını sağlamaktır¹¹. Şizofreni ve diğer ruhsal hastalıklara sahip bireylerin, yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla psikososyal tedavilerde gelişmeler kaydedilmiştir⁵².

Bireylerin yaşam kalitesi, hastalıklarının belirtileri ve sosyal işlevsellik üzerinde; ruhsal ve toplumsal tedavi türlerinin olumlu etkili olduğu bazı çalışmalar bulunmaktadır⁵³. Psikososyal Beceri Eğitiminin sunduğu faydaları saptamak amacıyla yapılmış bir çalışmada, Küçükçekmece TRSM'ye kayıtlı bulunan, 30 kişi çalışma grubu ve 30 kişi kontrol grubu olmak üzere 60 hasta dahil edilmiştir.

Çalışma grubundaki 30 hastaya Psikososyal Beceri Eğitimi verilmiştir. Çalışma sonucunda hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği puanlarında eğitim sonrasında iyileşme olduğu bulunmuştur⁵⁴.

Geleneksel tedavi alan ve psikososyal tedavi alan şizofreni hastalarının dahil edildiği bir çalışmada hastalar karşılaştırılmıştır ve tedavinin başlarken bir değerlendirme yapılmıştır. Hastalık başlangıcından bir yıl sonra tekrar değerlendirme yapılmıştır. Psikososyal rehabilitasyon alan hastalarda ilaç tedavisine uyumları daha fazla, tedaviye katılım oranı ve sosyal işlevselliklerinin daha yüksek, hastalığın nüks oranının ve yeniden hastaneye yatışlarının daha az olduğu ve hastalık semptomları açısından iyileşmenin daha fazla olduğu bulunmuştur⁵⁵.

2.6. Şizofreni ve İçgörü

İçgörü bireylerin hastalıklarının farkında olmasıyla beraber hastalıklarının dünya ile olan etkileşimlerini nasıl ve ne yönde etkilediğini anlaması, yorumlanması olarak tanımlanır⁵⁶. Jaspers içgörüyü klinik olarak tanımlayan ilk araştırmacılardan biridir. İçgörüyü bir bütün halde kişinin hastalığının farkında olması, hastalığının belirtilerinin farkında olması olarak tariflemiştir. Bu tanım günümüzdeki içgörü tanımıyla benzerdir. Jaspers'e göre psikotik hastalar geçici içgörüyü sahip olabilir, bazı durumlarda bi anlık da olsa hezeyan ya da varsanılarının gerçekdışı olduğunu fark edebilir, ancak bu sadece geçici bir süre içindir sonra yeniden bu farkındalıklarını yitirirler⁵⁷. 1990' da David "içgörü ve psikoz" adlı makalesinde içgörü kavramının tarihini incelemiştir. Bu incelemesinin sonucunda içgörünün yalnızca "var ya da yok" olarak değerlendirilmeyeceğini, üç ayrı boyuta bakılarak değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmüştür⁵⁸:

- a) Hastalık hakkındaki farkındalık,
- b) Psikotik deneyimleri anormal olarak değerlendirebilme,
- c) Tedaviye uyum durumu.

Şizofrenide içgörünün varlığı çok önemli bir konudur⁵³. Şizofreni tanılı hastalarda içgörü genel olarak zayıf bulunmaktadır⁵⁹. Şizofreni hastaları %50'den fazla oranda düşük içgörü düzeyine sahiplerdir ve bu durum tedaviyi olumsuz etkilemektedir⁶⁰.

İçgörü varlığının olmaması yalnızca şizofreni ile sınırlı değildir.

Bipolar bozukluğun hipomanik, manik ve karma dönemlerinde içgörünün azalması veya tamamen kaybedilmesi rastlanılan bir durumdur. Manik dönemdeki bir hasta genellikle atak dönemindeyken bir hastalığa sahip olduğunu kabul etme eğiliminde değildir. İçgörünün yetersiz olması bipolar bozukluk hastalığında kötü prognoz olduğunu göstermektedir⁶¹.

Psikotik belirtileri olan şizofreni hastalarıyla olmayan şizofreni hastalarının bilişsel içgörüsünün değerlendirildiği bir çalışmada; akut psikotik belirtileri olanların kendi yargılarına ve kararlarına daha fazla güvendiği ve daha zayıf kendini inceleme özelliğine sahip oldukları görülmüştür. Hastanede tedavi gördükleri dönemde zayıf bulunan kendini inceleme özelliklerinde bir azalma görülse de kendi kararlarına olan güvenleri değişmemiştir⁶².

Şizofreni ve içgörü ile ilgili yapılmış bazı çalışmalarda içgörü düzeyi ile şizofreninin pozitif belirtileri arasında doğrusal bağlantı olduğunu belirtirken⁶³, bazıları hem pozitif hem negatif belirtilerle bağlantılı olarak değerlendirmiş⁶⁴, bazılarında da her iki belirtiyi de bağlantı saptanmamıştır⁶⁵.

2.7. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellik; kişinin kendi öz bakımını sağlayabilmesi, bir işte çalışabilmesi ve kişilerarası ilişkileri devam ettirebilmesi anlamına gelmektedir⁶⁶. Şizofrenide sosyal bilişsel işlevler bozulmakta ve farkedilir bir oranda yaşam kalitesi düşmektedir⁶⁷. Bu nedenle, tedaviye uyumu arttırmak ve hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için çok yönlü bir yaklaşımın uygulanması gerekmektedir. Şizofreni hastalarına ilaç tedavisiyle birlikte psikososyal rehabilitasyon uygulandığında; tedaviyi bırakma oranı ve rekürrens riski azalmakta, içgörü, yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikte artma gözlenmiştir⁶⁸. Şizofreni hastalarının toplumsal işlevselliklerinde azalma görülmesi, negatif belirtilerin varlığı neden olmaktadır.

Keyif alma yetisinin, fikir üretiminin ve duygusal yaşantının azalması, istek ve arzunun yok olması kişilerin psikososyal işlevselliğini bozan nedenlerdir. İletişim kurmak, bir konuda tartışmaya girmek, fikir beyan etmek, organizasyonlara katılmak, duyguları ifade edebilmek, ilişkiler kurmak ve çalışmak gibi alanlarda bariz olarak yetersizlikler görülür¹⁹. Bireysel ve sosyal becerileri azalmış hastaların, kendine yetebilme ve sağlıklı iletişim kurabilme gibi konularda bakım ve beceri eğitimine ihtiyaçları vardır⁵³.

Hastaların yaşam kalitesini arttırma ve yeniden nüksleri önlemek amacıyla destek veren hizmetler önemli bir etkiye sahiptir. Yaşam kalitesinin arttırılmasında ve hastalığın seyrinde patolojinin azaltılmasında, topluma katılım ve sosyalleşme büyük oranda yarar sağlamaktadır⁴⁴.

Malezya’da 258 şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin %69’ unun toplumda sosyal işlevselliklerinin yeterli düzeyde olmadığı görülmüş ve katılımcıların yarısının yaşam kalitelerinden memnuniyetsiz oldukları saptanmıştır⁶⁹. Şizofreni hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada, içgörüsü az olan ve hastalık belirti şiddetinin fazla olduğu hastalarda sosyal işlevsellik oranının daha düşük olduğu saptanmıştır⁷⁰.

2.8. Şizofrenide Tedaviye Uyum

Uyum (komplians) kişinin sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bu önerilere uyması olarak tanımlanabilir⁷¹. Bu tanım; sadece reçete edilen ilaçların kullanımına uymak değil, hastaların, hekim ve hemşirelerin tüm önerilerine, davranış boyutunda uyum göstermesi şeklindedir⁷². Şizofreni ve diğer psikiyatrik hastalıkların tedavisinde ilaç tedavisi çok önemli rol oynamaktadır⁷³. Bu nedenle ilaç uyumsuzluğu tedavi başarı oranını olumsuz yönde etkileyen sorunların başındadır⁷⁴.

Şizofreni hastalığında tedavi uyumsuzluğunun nedenlerinde bazı etmenler vardır: Bunlar hastalıktan kaynaklanan etmenler; içgörü, psikotik semptom ve şiddeti; hastadan kaynaklanan etmenler; randevulara katılım sağlama, yaş, eğitim durumu; tedaviden kaynaklanan etmenler; hekimin hastasıyla olan ilişkisi, yapılan tıbbi müdahale ve tanının doğru olması, ilacın olası yan etkileri, eşlik eden çoğul tanı olması, hastanın günlük kullandığı psikiyatri ilaçları; toplumdan kaynaklanan etmenler; damgalanma, stres faktörü, sosyal çevre ve aile desteğinin varlığıdır¹⁹.

Psikiyatrik ilaçlara uyumsuzluk oranı %11-80 arasındadır ve bu oran klinik tedavide kötü prognoza neden olan ciddi bir sorundur⁷². Tedaviye tam ya da kısmi uyumsuzluk gösterme nedeniyle, yapılan çalışmalarda olguların 2/3’ü kliniğe tekrar yatmak zorunda kalmaktadır.

2.9. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Toplum temelli ruh sağlığı modeli, psikiyatri hastalarının kişisel haklarına ve insan haklarına önem veren, hastalara hastaneler yerine yaşadığı yerde bakım verilmesini sağlayan bir hizmet şeklidir⁷⁵. Böylece bu modelde psikiyatri hastalarının damgalanma durumu azalmakta ve sağlık hizmetlerine erişim daha kolay gerçekleşmektedir.

2.9.1. Dünya’ da Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Dünya’da ruh sağlığı alanında toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelleri; toplum-hastane denge modeli, hastane temelli model ve toplum temelli modeldir. Toplum temelli model, 1960’ larda ilk kez İtalya’da ortaya çıkmıştır. Aynı zamanda bu modele Fransa, İngiltere ve Almanya’da geçilmiştir ve bu model DSÖ tarafından tavsiye edilir.^{Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.}

Avrupa’daki birçok ülke, hastane temelli modelden toplum temelli modele geçmiştir. Birçok ülkedeki hastalara yaşadıkları bölgede hizmet verecek kurumlar açılmıştır. Toplum temelli ruh sağlığı modeli ise 1961 yılında İtalya’daki ruh sağlığı reformu ile başlamış olup Avrupa ülkelerinin neredeyse çoğunda bu model geçilmiştir.

İtalya’da başlayan değişim eş zamanlı olarak Almanya, İngiltere, Fransa ve Finlandiya gibi ülkelerde de başlamıştır. En son Yunanistan ruh sağlığı sistemini bu modele geçerek değiştirmiştir⁷².

Toplum temelli ruh sağlığı modelinin üzerine kurulduğu üç öge;

- a) Coğrafiye göre hizmetin yapılandırılması,
- b) Ekipte çok yönlü hizmet verilmesi anlayışının var olması,
- c) Psikiyatri servislerinin tanımlanmış bölgelere açılmasıdır.^{Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.}

İtalya’ daki ruh sağlığı sistemi “İtalyan Trieste Ruh Sağlığı Modeli” toplum temelli ruh sağlığı sistemine dayalıdır⁹⁴. İtalya’da ruh sağlığı hizmetinde 1961 yılında hastane merkezli hizmet anlayışından toplum temelli ruh sağlığı modeline dönüşüm yaşanmıştır. İlk olarak ruh sağlığı hastaneleri kapatılmış, genel hastaneler içinde 16 yataklı psikiyatri klinikleri açılmıştır. Hasta haklarını korumak amacıyla ruh sağlığı yasası çıkarılmış, ülke coğrafi alanlara bölünmüştür⁷².

İtalya’daki ruh sağlığı sistemi tamamıyla toplum temelli ruh sağlığı sistemine dayanırken, İngiltere ve Almanya modeli ise hastane temelli model ile toplum temelli modelin beraber uygulanmasına dayanır. İtalya’daki Trieste sistemi devlete ait psikiyatri hastanelerinin kapatılarak yatak ihtiyacının özel sektör tarafından karşılanmasıyla büyük eleştiri almıştır⁷⁶.

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin başarılı ve sağlıklı olarak geliştirilmesi ve uygulanması için bazı maddeler şunlardır:

- Hastanelerde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ve psikiyatri unitelerini geliştirmek,
- Sağlık olanaklarına eşit erifim,
- Boş zaman etkinlikleri ve mesleki etkinlikler,
- Sosyalleşmek için diğer faaliyetler,
- Ruh sağlığı profesyonellerinin kalifiye eğitimi,
- Damgalamaya karşı mücadele,
- Hastaların ailesine destek vermek,
- Hasta ve yakınlarının hasta bakımının tüm alanlarında katılımını sağlamak,
- Araştırmaya teşvik etme,
- Verilen hizmetin kalitesini denetlemek amacıyla sistemlerin kurulması,
- Ruh sağlığı hastanelerinde bakımın iyileştirilmesi ve bu kişilerin yeniden topluma kazandırılmasıdır⁷⁸.

2.9.2. Türkiye’ de Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Toplum temelli model, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastane yerine hastanın yaşadığı çevrede sağlandığı modeldir. Bu modelde asıl hedef psikiyatri hastalarının hastaneye yatışını önlemek ve hastaların başkalarına ihtiyaç duymadan yaşayabilecek seviyeye gelmesini sağlamaktır. Bu amaçla Gündüz Hastaneleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, hastanelerdeki psikiyatri servisleri, korumalı çalışan işyerleri, koruyucu evler gibi kurumlar toplum temelli model çerçevesinde hastane tedavilerine alternatif olarak hizmet sunan kuruluřlardandır⁷².

Türkiye Cumhuriyeti’nde 2000’ lere kadar, toplum temelli bir hizmet modeli ve örgütlenmesi gerekleřtirilmemiřtir⁷⁹. Toplumun kapsamlı bir ruh sağlığı hizmetine ihtiyacı vardır. Ruh Sağlığı Profili çalışmasının (1998) ve ülkemizde psikiyatrik hastalıkların sıklıkla ve yoğun olarak görülmesi ve yetişkinlerde psikiyatrik hastalık oranının %17,2 olduğu sonuçlarına ulaşılmasıyla bu gereksinim ortaya ıkmıřtır⁸⁰. Böylece ruh sağlığı hizmetleri sekiz adet Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve genel hastaneler içinde yer alan psikiyatri klinikleriyle ve servisleriyle hastane temelli olarak verilmeye başlanmıştır.

Hastane temelli hizmet modelinde koruyuculuk ve hasta iyileştiriminin bulunmaması nedeniyle bireylerin hastalığa yakalanmama, iyilik hallerini sağlama ve sürdürmelerinde yetersiz kalan bir modeldir.

Türkiye'deki mevcut sağlık sistemine bakıldığında karma model hakimdir, fakat son dönemdeki gelişmelere bakıldığında ise Toplum Temelli Model'e yönelik bir eğilim olduğu farkedilerek Sağlık Bakanlığı, toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modeli geliştirmek için çalışmalara başlamıştır⁸¹.

Ülkemizdeki kurumların ruh sağlığı alanında verdiği hizmetler üç grupta sınıflanabilir. Birinci grupta; hastalara poliklinik hizmetleri, yataklı tedavi hizmetleri, bakım evleri/korumalı evler yer almaktadır. İkinci grupta; hasta olmayan kişilere yönelik hizmet söz konusudur. Şöyle ki, şiddet gören kadınlara yönelik hizmetler, çocuğun ruhsal gelişimi için yapılan hizmetler ve ebeveynlikle ilgili hizmetleri sürücü kursları yer alır.

Üçüncü grupta ise ruh sağlığı alanıyla ilgili genel veya kurumsal faaliyetler altında yer alan hizmetler bulunmaktadır. Bu hizmetler; adli tıp, denetimli serbestlik, medya ve internetin etkileri gibi hizmetler dahil edilebilir⁸².

Ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı anlayışı resmi olarak son on yılda benimsenmiştir. 2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politikası ruh sağlığı hizmetlerini geliştirmek amacıyla oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından yine aynı yılda Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metni yayımlanmıştır. Bu politikanın yayımlanmasından sonra, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011)'nda toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçileceği ifade edilmiştir. Bu Planda ruh sağlığı alanında 2023 yılına kadar gerçekleştirilecek temel hedef ve stratejiler yer almaktadır. Yeni plana göre Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri'nde yeni açılacak yatakların toplum temelli modele uygun olarak genel hastaneler içinde açılması, yatak sayılarının azaltılması, , nüfusu 100.000 ve üzeri olan her yerleşim yerine bir tane olmak üzere toplam 236 tane TRSM açılması planlanmıştır¹. Bu amaçla toplum temelli hizmetleri geliştirmek için ülke 29 bölgeye ayrılmıştır. Hastanedeki hasta yatakları dahil bölgedeki tüm sağlık hizmetlerinin tekrar yapılandırılması ve şekillendirilmesi amaçlanmıştır⁸³.

Gelişmeleri takiben Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Yönergesi yayımlanmış, ülkenin planlanan bölgelerinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri açılmaya başlanmıştır⁸⁴. Türkiye'de ilk TRSM Mayıs 2008'de Bolu'da açılmıştır. Günümüzde bu sayı 106 TRSM'ye ulaşmıştır⁷⁹. TRSM'lerin her 100-300 bin nüfusa karşılık gelecek şekilde açılması planlanmıştır.

TRSM'lerin kuruluş amacı; kendine bağlı olan bölgede bulunan ağır ruhsal rahatsızlığı olan kişilere ve ailelerine gerekli bilgilerin verildiği, hastanın ayaktan tedavi edildiği ve takip edildiği, ergoterapi, psikoeğitim, rehabilitasyon, kişisel terapi ve grup terapisi gibi metotlarla, gerekli olduğu durumlarda ev ziyaretleri de yapılarak hastaların toplumsal becerilerini arttırmaktır^{Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.}.

TRSM'lerde, yakın zaman önce hastaneden taburcu edilmiş ya da hastaneye yatış riski olan, ruhsal bozukluklar sebebiyle tedavi ve psikososyal müdahalenin gerekli olduğu ya da işlevselliği büyük ölçüde azalmış olan hastalar tedavi edilmektedir. Öncelikli olan hastalar, hastaneye sık yatan ve sık yatma eğilimi olanlardır.

Merkezde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, şoför, iş uğraş terapisti ve/veya usta öğretici, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, temizlik elemanı, güvenlik görevlisi ile ihtiyaç duyulan diğer unvanlarda yeteri kadar personel ilgili mevzuata uygun olarak valilikçe görevlendirilir⁸⁵.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nin Çalışma Esasları;

- Merkez, bağlı bulunduğu sağlık tesisi ve diğer alakalı kuruluşlarla aynı zamanlı ve işbirliği yapmak, hastalara etkili hizmet vermek için tüm önlemleri almak, tescil gününden itibaren en az bir yıl içerisinde hizmet ettiği sahanın stratejik planını hazırlamak, uygulamak, neticelerini takip etmek ve değerlendirmekle sorumludur.
- Merkez, kişilere özel psikososyal destek planları oluşturup rehabilitasyon sürecini uygular.
- Merkezdeki hastaların ilaç tedavisine uyum şekilleri takip edilir.
- Merkeze katılım sağlamayan hastalar evlerinde ziyaret edilip tedavileri uygulanır.
- Ev ziyareti sırasında hastaların hastalık belirtilerinde alevlenme olduğu saptanırsa hastane ile iletişime geçilip hastanın psikiyatri kliniğine nakli sağlanır.
- Hastalık belirtilerinde alevlenme olduğu saptanan hastalara yatış kararı verilirse hasta bilgileri kuruma iletilir ve gerekli yönlendirmelerin yapılması sağlanır.
- Merkez, ilgili başka kuruluşlarla birlikte çalışıp, gerektiğinde medya aracılığıyla damgalama karşıtı çalışmalar sağlar ve toplumu bilinçlendirmede görev alır⁸⁵.

2.9.3. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri ile İlgili Çalışmalar

Bakırköy TRSM’ deki bir hastanın tedavi sürecini içeren bir çalışmada olgu, bekâr, erkek, 30 yaşında ve şizofreni hastasıdır. TRSM’ deki psikososyal rehabilitasyon programı sonucunda eve bağımlı olan hastanın TRSM’ ye daha istekli geldiği ve sporla ilgilenmesi sonucunda spora yönlendirilmiştir ve hasta TRSM’ ye daha sık katılım sağlamıştır. Öz bakımı yetersiz olan hastanın zamanla özbakımı artmıştır. Hasta, zamanla toplu taşıma araçlarını tek başına kullanmıştır. Bireysel görüşmeler sonucunda içgörü kazanması ve tedaviye uyumunun artması için çalışılmış, psikoeğitim grubuna katılmış ve ilaçlarını düzenli kullanmasının neticesinde sanrılarında gözle görülür bir azalma olmuştur. Hasta, zamanla Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde farklı birimlerde çalışmaya başlamıştır.

Böylece bireyin sosyal ortamlarda becerilerinde artma görülmüş, hastalığına dair içgörü kazanmış, hastalık belirtileri kontrol altına alınmış ve hasta mesleki olarak işlevsellik kazanmıştır⁸⁶.

Şizofreni ve şizoaffektif tanılı, 172 hastanın bulunduğu bir çalışmada üç farklı tedavi programı kıyaslanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda yoğun tedavinin bulunduğu iki programdan tedavi alan hastalarda sosyal işlevselliklerinde daha çok iyileşme görülmüştür⁸⁷.

Başka bir çalışmada TRSM’de psikoeğitim verilen psikoz hastalarının içgörü düzeylerine bakılmıştır. Çalışma sonucunda içgörü düzeylerinde artma saptanmıştır⁸⁸.

TRSM’ deki 45 şizofreni hastasının bulunduğu bir çalışmada katılımcılar deney ve kontrol grubu olarak ayrılmıştır. Deney grubundakilere “Farkındalık Temelli Psikososyal Beceri Eğitimi” verilmiştir. Çalışmanın sonucunda içgörü ölçeğindeki son test puanlarının, eğitim verilen deney grubundaki hastalardan alınan kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır⁸⁹.

2017 yılında Özdemir ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada TRSM’ye katılan şizofreni hastalarıyla, poliklinikteki şizofreni tanılı hastalar karşılaştırılmıştır. Bunun sonucunda TRSM’ deki hastalar Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği’ nden daha yüksek puanlara ulaşmışlardır⁹⁰.

Hastanede yatarak tedavi gören hastalarla Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan hastaların karşılaştırıldığı diğer bir çalışmada, TRSM' den hizmet alan hastaların sosyal hayatta daha fazla aktif oldukları saptanmıştır⁹¹.

Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastalar ile standart tedavi alan hastaların karşılaştırıldığı bir başka çalışmada hastalar iki gruba ayrılmıştır. Bu hastalar iki yıl süresince gözlemlenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların, tedaviye yüksek oranda uyum sağladıkları, maddeyi kötüye kullanım oranının önemli ölçüde azaldığı ve hastanede geçirilen zamanın daha az olduğu bulunmuştur⁹².

Kentucky' deki TRSM' lere devam eden katılımcıların memnuniyet düzeyini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %92' si genel memnuniyet, %82'si katılım, %74' ü sosyal bağlanabilirlik, %89'u erişebilirlik, %94' ü kalite, %73' ü sonlanım ve %73' ü işleyiş alanlarında olumlu yanıtlar vermişlerdir⁹³.

Brezilya' da TRSM' ye katılan kişilerle görüşmeler sağlanmıştır. Katılımcılar bu merkezi, sohbet ettikleri, yemek yedikleri, eğlendikleri, deneyimlerini paylaşabildikleri bir yer olarak tanımlamışlardır. Merkezde sunulan hizmetlerin kaliteli olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda, hastaların hastalıklarının farkında olmaları ve baş etme şekillerinde olumlu etkileri olmuştur⁹⁴.

2018'de Varga ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada şizofreni hastalarının tedavi sürecinin, ilaç tedavisine ek olarak toplum temelli psikososyal tedavilerle desteklenmesinin ne kadar önemli olduğu vurgulanmıştır⁹⁵.

Hastalıkların tedavisinde daha etkili sonuçlar almak amacıyla ilaç tedavilerine ek olarak TRSM' ler açılmıştır. Ülkemizde yeni TRSM' ler açılıp bu hizmetler yaygınlaştırılmaktadır. Kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin hastalık semptomlarını hafifletmek ya da ortadan kaldırmak ve bunun yanısıra yaşam kalitelerini de iyileştirmeyi hedeflemektedir.

2.10. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği

Türkiye' de Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 19.04.2011 tarihinde 27910 sayı onayı ile yürürlüğe girmiş, bu yönetmelikte Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi (TRSH): Birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede görev yapan sağlık ekibi üyesi olarak tanımlanmıştır.

Amerikan Hemşireler Birliği'ne (ANA) göre toplum ruh sağlığı hemşiresinin tanımı, “Toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan kişidir⁹⁶. Worley'e göre toplum ruh sağlığı hemşiresi, toplumdaki yüksek riskli gruptaki bireyleri belirleyerek eğitim, danışmanlık ve krize müdahale gibi işlevleri gerçekleştirir⁹⁷.

Toplum ruh sağlığı hemşiresi hasta haklarını gözetme, değerlendirme, savunma, sevk etme, eğitim, rehabilitasyon, ev ziyaretleri, fiziksel değerlendirme, krize müdahale, ilaç uygulamalarının izlenmesi gibi rollere sahiptir⁹⁸. Sorunlarla baş etmeye yardım etme, maddi ve sosyal yardım sağlama, psikolojik işlevin yerine getirilmesine yardım etme, sosyal destek sağlama, sağlığın korunması ve iyilik halinin sürdürülmesi hedeflerine ulaşmak için çalışmalar sürdürür⁹⁹. Bireylerin evine, bireylerin evinden toplum ruh sağlığı merkezlerine aktarımını sağlayan hemşireler o toplumun kendi ruh sağlığının geçmişi ve geleceği hakkında fikir sahibi olmak konusunda büyük role sahiptir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, psikiyatri hastalarının toplum ruh sağlığı merkezi'ne devam durumuna göre işlevsellik, içgörü ve tedaviye uyumlarının karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

1. Hastaların TRSM programına devam durumuna göre sosyal işlevsellik puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
2. Hastaların TRSM programına devam durumuna göre iç görü puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Hastaların TRSM programına devam durumuna göre tedaviye uyum puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

3.3. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evreni, İzmit Halidere Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne en az bir yıldır kayıt olmuş şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve belirlenmemiş organik olmayan psikoz tanısı ile takip edilen 200 hastayı oluşturmuştur. Örneklem seçim kriteri uygulanmadan tüm evrene ulaşılmaya çalışılmış ve Eylül 2019-Ekim 2021 tarihlerinde çalışma kriterlerine uyan ve gönüllü olan 130 hastaya ulaşılmıştır. Hastalar TRSM'e devam eden (n:65) ve etmeyen (n:65) olarak 2 gruba ayrılmıştır. TRSM'e devam eden gruptaki hastalar psikososyal rehabilitasyon programlarına haftanın 5 günü boyunca devam sağlayanlardan oluşmaktadır. Devam etmeyen gruptaki hastalar ise, TRSM'e yalnızca muayene olmak, ilaç yazdırmak ve rutin kan kontrolleri için gelen hastalardan oluşmaktadır. Psikososyal rehabilitasyon programlarına katılım göstermemişlerdir. Bu gruptaki hastalarla merkeze muayeneye veya kan tahlili için geldiklerinde görüşülmüştür.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Hastanın şizofreni, şizofrenik bozukluk ve şizoaffektik bozukluk tanısı tanısıyla TRSM' ye kayıtlı olması,
- Hasta ve bakım vericinin Türkçe konuşuyor olması.

3.3.2. Araştırmada Dışlama Ölçütleri

- Hastanın akut psikotik dönemde olması,

- Hastanın diğer semptomlara eşlik eden madde kullanım bozukluğu ve mental retardasyonun olması.

Çalışmaya dahil olan hastaların dağılımı 60'ı (46,2) kadın, 70'i (53,8) erkek şeklinde dağılım göstermektedir ve yaşları 27 ile 73 arasında değişmektedir. Yaş (Ort±SS=45,47±9,11). Örnekleme ilişkin betimleyici bulgular Tablo 1.1 'de yer bulunmaktadır.

Tablo 1.1. Örnekleme İlişkin Betimleyici Bulgular

(n=130)	Sayı	Yüzde
Yaş (Ort±SS=45,47±9,11)		
27-45 Yaş	68	52,3
46-73 Yaş	62	47,7
Cinsiyet		
Kadın	60	46,2
Erkek	70	53,8
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar	5	3,8
İlköğretim	66	50,8
Ortaöğretim	42	32,3
Önlisans	6	4,6
Lisans	11	8,5
Medeni Durum		
Bekâr	104	80,0
Evli	26	20,0
Yaşanılan Kişiler		
Yalnız	11	8,5
Sadece Eşiyle	2	1,5
Eş ve Çocukları İle	24	18,5
Anne ve Baba İle	82	63,1
Diğer (Sadece çocukları, kardeş, hala, teyze, yenge)	11	8,5
Herhangi Bir İşte Çalışma Durumu		
Evet	9	6,9
Hayır	121	93,1
Hastalık Başlangıç Yaşı (Ort±SS=25,64±8,32)		
13-25 Yaş	78	60,0
26-71 Yaş	52	40,0

Tablo 1.1'e bakıldığında çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 45,47±9,11'dir. Ayrıca çalışmaya katılan kişilerin %52,3'ü 27-45 %47,7'si ise 46-73 yaş grubunda bulunmaktadır. Hastaların %53,8'i erkek, %80'i bekâr ve %50,8'inin eğitim düzeyi ilköğretimdir. %63,1'i anne ve babası ile beraber ikamet etmektedir. %93,1'i herhangi bir iş ile meşgul değil ve çalışmamaktadır. %28,5'inin TRSM'ye kayıt yılı 2017 olarak bulunmuş, %26,9'unun 2018 ve %20,8'inin 2019 şeklindedir.

Hastalığın başlangıç yaşına bakıldığında ise ortalama ve standart sapması $25,64 \pm 8,32$ yaştır. Ayrıca %60'ı kadarının hastalık başlangıç yaşları 13-15 yaş grubundayken %40'ının ise 26-71 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.

3.4. Araştırma Yerinin Özellikleri

Gölcük Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) Kocaeli' nin Halidere ilçesinde bulunmaktadır. TRSM bağlı bulunduğu devlet hastanesinden ayrı konumlandırılmıştır. Merkez 5 katlı binanın giriş katında bulunmaktadır. Bahçesinde hastalara özel kamelya mevcuttur. Merkezde 1 adet görüşme odası, 1 adet hasta gözlem odası, 1 adet Uğraş Terapi odası, 1 adet kütüphane, 1 adet grup terapi alanı, 1 adet çok amaçlı salon, 1 adet yemek alanı ve 1 adet spor odası mevcuttur.

TRSM 08.00-16.00 saatlerinde hizmet vermektedir. Merkezde bir uzman psikiyatri hekimi, bir iş uğraş terapisti, bir psikolog, bir sosyal çalışmacı, bir tıbbi sekreter, iki psikiyatri hemşiresi, temizlik personeli ve bir güvenlik personeli çalışmaktadır. Merkezde uzman psikiyatri hekimi tarafından ilaç takip ve düzenlemeleri, hasta muayeneleri, hasta görüşmeleriyle ilgilenmektedir. Hasta ve ailelerle görüşmeler hemşireler tarafından, psikoterapiler ise psikologlar tarafından yürütülmektedir. Sosyal aktiviteleri ve hobileri iş uğraş terapistleri yürütmektedir.

Merkezde hastaların dikkat, hafıza ve özgüvenlerini arttırmak, sosyalleşmelerini sağlamak için; sportif aktiviteler, sanat terapi (koro, müzik, ebru etkinliği vb.), film gösterimi gibi aktiviteler uygulanmaktadır. TRSM' deki programlara günde ortalama 10-20 hasta aktif olarak katılım sağlar. Diğer hastalar rutin kan tahlili vermek, enjeksiyon yaptırmak ve ilaç yazdırmak için merkeze başvuruda bulunurlar. Ev ziyaretleri Çarşamba ve Cuma günleri yapılmaktadır. Ev ziyaretlerini 2 hemşire ve bir şoför gerçekleştirir. İhtiyaç halinde psikiyatri uzman hekimi de katılım sağlar. Hemşireler tedaviye gelmeyen hastaların evinde tedavilerini yapmak, hastanın ve ailenin yaşadığı ortamı tespit etmek, TRSM'ye gelmek istemeyen, gelemeyen ailelerle görüşmeler yapmak, ailenin ekonomik ve sosyal durumlarını belirlemek amacıyla ev ziyaretleri düzenlemektedir. Sosyal çalışmacılar ev ziyaretlerinde maddi durumu yetersiz olan hastalara destek sağlamaktadırlar.

Toplum ruh sağlığı hemşiresi bakım planını hazırlarken, aile içindeki rollerini, ev ziyaretlerinden elde ettiği verilerle hastanın tedaviye uyumunu, ailenin ve hastanın sorunlarını gözetir ve bu sayede bakım planı daha bütüncül bir hale gelmektedir.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada kullanılan veri toplama ölçekleri, araştırmacı katılımcılarla telefon ile iletişime geçerek TRSM' ye davet etmiştir ve ölçekler yüz yüze bir şekilde uygulanmıştır. TRSM'ye kendi isteğiyle gelmeyen ya da gelemeyen katılımcılara ölçekler, katılımcının gönüllü olması esasına dayanılarak telefon yoluyla uygulanmıştır. Bir katılımcı ile ortalama 20-30 dakika arasında görüşülmüştür.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada dört farklı ölçme aracından yararlanılmıştır. Bunlar; Sosyal İşlevsellik Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Sosyo-demografik Bilgi Formu ve Morisky Uyum Ölçeği şeklindedir.

3.6.1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

Araştırmacı, çalışmaya dahil olan katılımcıların yaş, doğum yeri, hastalığın başlangıç tarihi, cinsiyet, çalışma durumu, medeni durumu, birisiyle birlikte veya yalnız yaşama durumu, eğitim durumu, TRSM' ye kayıt olunan tarih bilgilerinden oluşan sosyo-demografik bilgi formu oluşturmuştur. Sosyo-demografik Bilgi Formu Ek 1'de sunulmuştur.

3.6.2. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ)

Ölçeği, 1990 tarihinde Birchwood ve arkadaşları geliştirmiştir. Ölçekte yedi adet alt alan yer almaktadır. Bu ölçekteki yedi alt alan şöyledir: (1) sosyal ilgi/geri çekilme (tek başına kalma süresi, bir konuşmayı başlatabilme, sosyal ortamlardan kaçınma), (2) kişilerarası ilişkiler (arkadaş sayısı, heteroseksüel ilişki, iletişim niteliği), (3) sosyal etkinlik (farklı sosyal etkinliklere katılım, örn: spor yapmak), (4) rekreasyon/boş zaman aktiviteleri (hobiler, ilgi alanları, uğraşlar vs.), (5) bağımsızlık-yetkinlik (birine bağımlı olmadan bir yaşam için gerekli olan becerileri gerçekleştirebilme yetisi), (6) bağımsızlık-performans (birine bağımlı olmadan bir yaşam için gerekli olan becerilerin performansı) ve (7) iş/meslek (üretebildiği bir işle uğraşma veya günlük aktivitelerin yapılandırıldığı programlara katılma) alanlarıdır. Sosyal İşlevsellik Ölçeği' nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Türkiye' de 2001 tarihinde Serpil Yaprak Erakay yapmıştır. Ölçekte hem hastanın kendisi hem hasta yakını için form bulunmaktadır.

Bu çalışmada ise yalnızca hasta için olan form kullanılmıştır. Sosyal çekilme alt ölçeğini beş madde oluşturmaktadır ve bu alt ölçekten 0 ile 15 arasında puan alınabilmektedir.

Kişilerarası işlevsellik alt ölçeğini dört madde oluşturmakta olup bu alt ölçekten 0 ile 9 arasında puan alınabilmektedir. Bağımsızlık-yetkinlik alt ölçeğini 0 ile 39 arası, bağımsızlık-performans alt ölçeğinden 0 ile 39, boş zamanları değerlendirme alt ölçeğinden 0 ile 45, öncül sosyal etkinlikler alt ölçeğinden 0 ile 66 ve iş/meslek alt ölçeğinden ise 0 ile 10 arasında puan alınabilmektedir. Ölçeğin norm çalışması yapılmamıştır, bu ölçek karşılaştırılmalı çalışmalarda kullanılabilir.

Güvenirlilik analizi yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81 olarak bulunmuş, değerlendirmeciler arası güvenirlilik katsayısı hastanın iki yakını için 0.94 ve hasta ile hasta yakını arasında ise 0.95 olarak bulunmuştur. SİÖ, aynı anda uygulanan Pozitif Belirti Değerlendirme Ölçeği ile -0.37, Negatif Belirti Değerlendirme Ölçeği ile -0.67 ve Kısa Yeti Yitimi Anketi ile -0.57 korelasyon göstermiş olup çıkan bu sonuçlar anlamlı bulunmuştur. Sosyal İşlevsellik Ölçeği Ek 2’de sunulmuştur.

3.6.3. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ)

David bu ölçeği 1990 yılında geliştirmiştir. Bu ölçekte sekiz adet soru yer almaktadır ve içgörünün üç boyutlu olduğundan bahsetmiştir. Bunlar: (a) hastalığının farkına varma, (b) psikotik belirti ve deneyimleri anormal bir durum olarak değerlendirebilme ve (c) tedavi sürecine uyumudur⁵⁸.

2001 yılında Aslan ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkiye’deki geçerlik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır. Ölçeği klinisyenler uygulamaktadır. Ölçekteki ilk yedi sorudan en yüksek 14 puan alınabilmekte olup, sekizinci sorunun sorulmaya uygun olup olmadığı kararı klinisyene bırakılmıştır. Sekizinci soru bu çalışmaya dahil olan hastalara sorulmamıştır. Sekizinci sorudan en yüksek 18 puan elde edilebilir. Ölçeğin sonucunda yüksek puan olması içgörünün yüksek seviyede olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.778 bulunmuştur. Ölçeğin her maddesi için madde-toplam test korelasyon katsayıları 0.30 değerinin üzerindedir. Birinci ve ikinci görüşmecilerin elde ettikleri toplam puanlardaki korelasyona baktığımız zaman, bu iki görüşmeciler arasındaki güvenirliliğin yeterli seviyede ($r=0.75$, $p<0.0001$) görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Ölçekte geçerlik ölçümü “Markova Berrioz İçgörü Ölçeği” ($r=0.50$, $p<0.0001$) ve ruhsal muayene sonucunda elde edilen içgörü durum değerlendirmesi ($r=0.60$, $p<0.0001$) ile karşılaştırılmıştır ve sonucunda ölçek geçerli bulunmuştur. İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği Ek 3’te sunulmuştur.

3.6.4. Morisky Uyum Ölçeği (MUÖ)

Ölçek Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş olup, geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Green, Lewine (1986) ve Morisky tarafından yapılmıştır (Cronbach alfa=0.61). Türkiye’ de, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz (2004) tarafından yapılmıştır. Dördüncü maddenin korelasyon puanının geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında düşük ($r=0.43$) olduğu görülmüştür. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ise 0,609 olarak hesaplanmıştır. Bunun nedeni ise hastaların bu maddeye aynı tarzda cevaplar vermeleri ve ölçekte dört sorunun yer almasındandır.

Soruların cevapları “evet/hayır” şeklindedir. Soruların tamamını “hayır” şeklinde yanıt verilirse ilaç uyumu yüksek, bir veya iki soruya “evet” yanıtı verilirse ilaç uyumu orta, üç veya dört soruya “evet” yanıtı verilirse ilaç uyumu düşük olarak değerlendirmelidir (Yılmaz, 2004). Morisky Uyum Ölçeği Ek 4’ te sunulmuştur.

Tablo 2.1. Ölçek ve Alt Boyutları İçin Tanımlayıcı İstatistikler ve Güvenirlikler

	Ortalama	Standart Sapma	Madde Sayısı	Cronbach Alfa (α)
Sosyal İşlevsellik Ölçeği Toplam Puan	78,76	12,55	77	0,798
Sosyal Uğraşı-Sosyal Geri Çekilme	10,42	2,55	5	0,552
Kişilerarası İşlevsellik	6,77	1,94	4	-
Öncül Sosyal Etkinlikler	13,21	8,62	22	0,859
Boş Zamanlarını Değerlendirme	6,02	2,33	15	0,624
Bağımsızlık-Yetkinlik	27,15	3,34	13	0,657
Bağımsızlık-Performans	12,31	3,92	13	0,754
İş-Meslek	2,88	1,24	5	0,625
İç Görünüm Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği Toplam	13,26	3,67	8	0,778
Hastalığın Farkında Olma	4,46	1,31	3	0,513
Psikotik Deneyimleri Anormal Olarak Değerlendirebilme	4,78	1,44	3	0,711
Tedavi Uyumu	1,54	0,61	1	-
Morisky Uyum Ölçeği	3,34	0,99	4	0,609

Tablo 2.1 incelendiğinde çalışmadaki kişilerin Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanların ortalaması ve standart sapması $78,76\pm 12,55$ iken İç Görünüm Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının ise $13,26\pm 3,67$ ve Morisky Uyum Ölçeği toplam puanlarının ise $3,34\pm 0,99$ ’dur. Sosyal Uğraşı-Sosyal Geri Çekilme alt boyutu puanlarının ortalaması ve standart sapması $10,42\pm 2,55$ iken Kişilerarası İşlevsellik alt boyutunun $6,77\pm 1,94$, Öncül Sosyal Etkinlikler alt boyutunun $13,21\pm 8,62$, Boş Zamanlarını Değerlendirme alt boyutunun $6,02\pm 2,33$ ’ tür.

Bağımsızlık-Yetkinlik alt boyutunun $27,15\pm 3,34$, Bağımsızlık-Performans alt boyutunun $12,31\pm 3,92$ ve İş-Meslek alt boyutunun ise $2,88\pm 1,24$ 'tür. Hastalığın Farkında Olma alt boyut puanlarının ortalaması ve standart sapması $4,46\pm 1,31$, Psikotik Deneyimleri Anormal Olarak Değerlendirebilme alt boyutunun $4,78\pm 1,44$ ve Tedavi Uyumu alt boyutunun ise $1,54\pm 0,61$ 'dir.

Çalışmada veri toplamak için kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları incelenip hesaplandığında hepsinin güvenilirlik seviyesinin yeterli düzeyde olduğu görülmüştür ($\alpha > 0,500$).

3.7. Verilerin Analizi

Tüm veriler, SPSS Analizi IBM SPSS Statistics 26 paket programı ile yapılmıştır. Araştırma bulguları ele alınırken sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma), kategorik değişkenler için ise sıklıklar (sayı, yüzde) kullanılmıştır. Sayısal değişkenler Kolmogorov Smirnov normallik testi ile incelenmiş ve değişkenlerin dağılımlarının normal olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sebeple araştırmada parametrik istatistiksel yöntemlerden faydalanılmıştır. Bağımsız iki grup arasındaki farklılıklara Bağımsız Örneklem T Testi kullanılarak bakılmıştır. İki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişkiler ise Pearson Korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinden yorumlanmıştır.

3.8. Etik Konular

Araştırmanın uygulanmasından önce Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulunun yazılı izin alınmıştır (Karar no: 2018/239) (EK- 5). Araştırmanın yürütüleceği Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden uygulama izni alınmıştır (EK-6). Anketleri uygulamaya başlamadan önce hastalara yapılan çalışma ile ilgili bilgi verilip, hasta bilgilendirme formu okunmuş ve bilgilendirilmiş onam formunu imzalamaları talep edilmiştir. Araştırmalarda etik ilkeler olan "Gizliliğin Korunması İlkesi", "Bilgilendirilmiş Onam İlkesi", "Gönüllülük İlkesi" yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma Halidere Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan şizofreni ve belirlenmemiş organik olmayan psikoz, şizoaffektif bozukluk ve duygudurum bozukluğu tanımlı hastalarla sınırlıdır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Tanılarına Dair Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların hastalık özelliklerine ilişkin betimleyici istatistiklere yer verilmiştir. Buna göre hastalık tanı türüne göre dağılımlara Tablo 3.1’ de görülmektedir.

Tablo 3.1. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre Dağılımları

Tanı	Sayı	%
Şizofreni	53	40.7
Şizoaffektif Bozukluk	23	17.69
Belirlenmemiş Organik Olmayan Psikoz	11	8.46
Bipolar Bozukluk	43	33.07

Tabloya göre, araştırmada yer alan hastaların 53’ ü (%40.7) Şizofreni, 23’ ü (%17.69) Şizoaffektif Bozukluk, 43’ ü (%33.07) Bipolar Bozukluk ve 11’i (%8.46) ise Belirlenmemiş Organik Olmayan Psikoz tanısı almıştır.

4.2. Ölçeklerden Elde Edilen Puanlara Ait İstatistikler

Araştırmamıza dâhil edilen hastaların ölçekteki sorulara verdikleri cevapların dağılımlarına ait betimleyici istatistiklere Tablo 4.1’ te yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların TRSM’ ye Devam Etme Durumlarına Göre İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Morisky Uyum Ölçeği Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi

	TRSM' ye Devam Etme Durumu				t	p
	Devam Eden (n=65)		Devam Etmeyen (n=65)			
	Ort	SS	Ort	SS		
Sosyal İşlevsellik Ölçeği Toplam Puan	87,18	8,15	70,34	10,34	10,318	0,000*
Sosyal Uğraşı-Sosyal Geri Çekilme	10,97	2,32	9,88	2,68	2,486	0,014*
Kişilerarası İşlevsellik	7,29	1,62	6,25	2,09	3,190	0,002*
Öncül Sosyal Etkinlikler	19,42	5,26	7,00	6,62	11,843	0,000*
Boş Zamanlarını Değerlendirme	7,68	1,90	4,37	1,34	11,447	0,000*
Bağımsızlık-Yetkinlik	29,95	1,78	24,34	1,81	17,813	0,000*
Bağımsızlık-Performans	9,09	1,86	15,52	2,55	16,425	0,000*
İş-Meslek	2,78	1,57	2,98	0,80	-0,917	0,362
İç Görünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği Toplam	14,54	2,89	11,98	3,93	4,221	0,000*
Hastalığın Farkında Olma	4,83	1,19	4,09	1,32	3,346	0,001*

Tablo 4.1. Hastaların TRSM' ye Devam Etme Durumlarına Göre İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve Morisky Uyum Ölçeği Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (devam)

Psikotik Deneyimleri Anormal Olarak						
Değerlendirebilme	5,25	1,09	4,32	1,59	3,857	0,000*
Tedavi Uyumu	1,72	0,52	1,35	0,65	3,595	0,000*
Morisky Uyum Ölçeği	3,52	0,89	3,15	1,06	2,150	0,033*

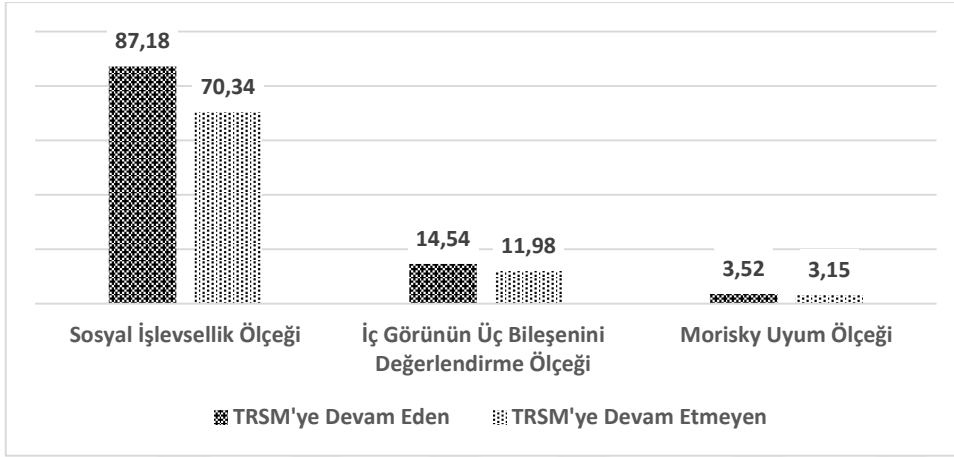
t:Bağımsız Örneklem T Testi *: $p<0,05$

Tablo 4.1. incelendiğinde çalışmaya katılan kişilerde; TRSM' ye devam eden kişilerin Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanlarının ortalaması ve standart sapması $87,18\pm 8,15$ iken TRSM'ye devam etmeyen kişilerin ise $70,34\pm 10,34$ olarak bulunmuştur. TRSM'ye devam eden kişilerin İç Görünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği toplam puanlarının ortalaması ve standart sapması $14,54\pm 2,89$ iken TRSM'ye devam etmeyen kişilerin ise $11,98\pm 3,93$ bulunmuştur. TRSM'ye devam eden kişilerin Morisky Uyum Ölçeği'nden aldıkları toplam puanların ortalaması ve standart sapması $3,52\pm 0,89$ iken TRSM'ye devam etmeyen kişilerin puanları ise $3,15\pm 1,06$ olarak bulunmuştur.

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda TRSM'ye devam eden ve TRSM'ye devam etmeyen kişiler arasında Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanları, İç Görünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği toplam puanları ve Morisky Uyum Ölçeği toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre TRSM'ye devam eden kişilerin Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam, İç Görünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği toplam ve Morisky Uyum Ölçeği toplam puanları TRSM'ye devam etmeyen kişilere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda TRSM' ye devam eden ve TRSM' ye devam etmeyen kişiler arasında Sosyal Uğraşı-Sosyal Geri Çekilme alt boyutu, Kişilerarası İşlevsellik alt boyutu, Öncül Sosyal Etkinlikler alt boyutu, Boş Zamanlarını Değerlendirme alt boyutu, Bağımsızlık-Yetkinlik alt boyutu ve Bağımsızlık-Performans alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuşken ($p<0,05$) İş-Meslek alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p>0,05$). Buna göre TRSM' ye devam eden kişilerin Sosyal Uğraşı-Sosyal Geri Çekilme alt boyutu, Kişilerarası İşlevsellik alt boyutu, Öncül Sosyal Etkinlikler alt boyutu, Boş Zamanlarını Değerlendirme alt boyutu, Bağımsızlık-Yetkinlik alt boyutu TRSM'ye devam etmeyen kişilere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek; TRSM' ye devam eden kişilerin Bağımsızlık-Performans alt boyutu puanları TRSM' ye devam etmeyen kişilere kıyasla anlamlı derecede daha azdır.

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda TRSM' ye devam eden ve TRSM'ye devam etmeyen kişiler arasında Hastalığın Farkında Olma alt boyutu, Psikotik Deneyimleri Anormal Olarak Değerlendirebilme alt boyutu ve Tedavi Uyumu alt boyutu puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre TRSM' ye devam eden hastaların Hastalığın Farkında Olma alt boyutu, Psikotik Deneyimleri Anormal Olarak Değerlendirebilme alt boyutu ve Tedavi Uyumu alt boyutundan alınan puanları TRSM' ye devam etmeyen hastalardan anlamlı düzeyde daha yüksektir.



Şekil 1. Hastaların TRSM' ye Devam Etme Durumlarına Göre Ölçek Puan Grafiği

Araştırmaya katılan kişilerin TRSM programına devam durumuna göre sosyal işlevsellik puanları arasında farklılaşıp farklılaşmadığının incelenebilmesi için Bağımsız Örneklem T testi kullanılmıştır. Elde ettiğimiz bulgulara Tablo 5.1'de yer verilmiştir.

Tablo 5.1. Hastaların TRSM'ye Devam Etme Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi

	TRSM'ye Devam Etme Durumu				t	p
	Devam Eden (n=65)		Devam Etmeyen (n=65)			
	Ort	SS	Ort	SS		
Sosyal İşlevsellik Ölçeği Toplam Puan	87,18	8,15	70,34	10,34	10,318	0,000*
Sosyal Uğraşı-Sosyal Geri Çekilme	10,97	2,32	9,88	2,68	2,486	0,014*
Kişilerarası İşlevsellik	7,29	1,62	6,25	2,09	3,190	0,002*
Öncül Sosyal Etkinlikler	19,42	5,26	7,00	6,62	11,843	0,000*
Boş Zamanlarını Değerlendirme	7,68	1,90	4,37	1,34	11,447	0,000*

Tablo 5.1. Hastaların TRSM'ye Devam Etme Durumlarına Göre Sosyal İşlevsellik Ölçek Puanlarının Farklılıklarının İncelenmesi (devam)

Bağımsızlık-Yetkinlik	29,95	1,78	24,34	1,81	17,813	0,000*
Bağımsızlık-Performans	9,09	1,86	15,52	2,55	16,425	0,000*
İş-Meslek	2,78	1,57	2,98	0,80	-0,917	0,362

t:Bağımsız Örneklem T Testi *: $p<0,05$

Tablo 5.1' e bakıldığında çalışmaya katılan kişilerde;

TRSM' ye devam eden kişilerin Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanlarının ortalaması ve standart sapması $87,18\pm 8,15$ şeklinde bulunmuşken TRSM'ye devam etmeyen kişilerin ise $70,34\pm 10,34$ şeklinde bulunmuştur.

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda TRSM' ye devam eden ve TRSM' ye devam etmeyen hastalar arasında Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre TRSM'ye devam eden kişilerin Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanları TRSM' ye devam etmeyen kişilere oranla anlamlı derecede daha yüksektir.

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi sonucunda TRSM' ye devam eden ve TRSM' ye devam etmeyen kişiler arasında Sosyal Uğraşı-Sosyal Geri Çekilme alt boyutu, Kişilerarası İşlevsellik alt boyutu, Öncül Sosyal Etkinlikler alt boyutu, Boş Zamanlarını Değerlendirme alt boyutu, Bağımsızlık-Yetkinlik alt boyutu ve Bağımsızlık-Performans alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Ancak İş-Meslek alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Buna göre TRSM' ye devam eden kişilerin Sosyal Uğraşı-Sosyal Geri Çekilme alt boyutu, Kişilerarası İşlevsellik alt boyutu, Öncül Sosyal Etkinlikler alt boyutu, Boş Zamanlarını Değerlendirme alt boyutu, Bağımsızlık-Yetkinlik alt boyutu TRSM' ye devam etmeyen kişilere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek; TRSM' ye devam eden kişilerin Bağımsızlık-Performans alt boyutu puanları TRSM' ye devam etmeyen kişilere kıyasla anlamlı derecede daha düşüktür.

Araştırmaya katılan bireylerin TRSM programına devam durumuna göre iç görü puanları arasında farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla Bağımsız Örneklem T testi kullanılmıştır. Elde ettiğimiz bulgulara Tablo 6.1'de yer verilmiştir.

Tablo 6.1. Hastaların İçgörü Düzeylerinin TRSM Programına Devam Durumuna Göre Karşılaştırılması

	TRSM'ye Devam Etme Durumu				T	p
	Devam Eden (n=65)		Devam Etmeyen (n=65)			
	Ort	SS	Ort	SS		
İç Görünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği Toplam	14,54	2,89	11,98	3,93	4,221	0,000*
Hastalığın Farkında Olma	4,83	1,19	4,09	1,32	3,346	0,001*
Psikotik Deneyimleri Anormal Olarak Değerlendirebilme	5,25	1,09	4,32	1,59	3,857	0,000*
Tedavi Uyumunu	1,72	0,52	1,35	0,65	3,595	0,000*

t:Bağımsız Örneklem T Testi *: $p<0,05$

Uygulanan Bağımsız Örneklem T Testi'nden elde edilen veriler neticesinde TRSM'ye devam eden ve TRSM'ye devam etmeyen kişiler arasında, İç Görünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği toplam puanları açısından istatistiksel anlamda farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Buna göre TRSM'ye devam eden kişilerin İç Görünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği toplam puanları TRSM'ye devam etmeyen kişiler ile karşılaştırıldığında anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan bireylerin tedavi uyum düzeylerine ilişkin betimleyici istatistiklere Tablo 7.1'de yer verilmiştir.

Tablo 7.1. Hastaların Tedavi Uyum Düzeylerine Göre Dağılımları

	Sayı	Yüzde
Yüksek	83	63,8
Orta	41	31,5
Düşük	6	4,6

Tablo 7.1 incelendiğinde çalışmaya katılan hastaların %63,8' inin ilaç uyumu yüksek bulunmuş %31,5' inin ilaç uyumu orta düzeyde ve %4,6' sının ise ilaç uyumu düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 8.1. Hastaların TRSM'ye Devam Durumuna Göre Morisky Uyum Ölçeği Puan Grupları

		TRSM Devam				Ki Kare	p
		Devam Eden		Devam Etmeyen			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Morisky	İlaç Uyumunu Yüksek	48	73,8 _a	35	53,8 _b	6,239	0,044*
Uyum	İlaç Uyumunu Orta	14	21,5 _a	27	41,5 _b		
Ölçeği	İlaç Uyumunu Düşük	3	4,6 _a	3	4,6 _a		

*: $p<0,05$ aynı harfi içeren oranlar arasında ilişki yoktur.

Tablo 8.1 incelendiğinde TRSM' ye devam eden hastalarda ilaç uyumu yüksek olanların oranı %73,8 iken aynı oran devam etmeyenlerde %53,8' tir. TRSM' ye devam edenlerde ilaç uyumu orta olanların oranı %21,5 iken aynı oran devam etmeyenlerde %41,5' tir. TRSM' ye devam edenlerde de etmeyenlerde de ilaç uyumu düşük olanların oranı %4,6' dır.

Uygulanan ki kare analizi sonucunda TRSM'ye devam durumu ile ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre TRSM'ye devam edenlerde ilaç uyumu yüksek olanların oranı TRSM'ye devam etmeyenlerden anlamlı derecede daha fazladır. TRSM'ye devam etmeyenlerde ilaç uyumu orta olanların oranı TRSM'ye devam edenlerden anlamlı derecede daha fazladır.



5. TARTIŞMA

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi' ne kayıtlı olan hastaların TRSM' ye devam durumunun içgörü, sosyal işlevsellik ve ilaç uyumuna etkisinin araştırıldığı bu çalışmanın sonuçları ilgili literatür bağlamında tartışılmıştır.

Sosyal işlevsellik kavramı ağır ruhsal hastalıklarda, önemli bir tanı kriteri olup iyileşmenin göstergesidir. Sosyal işlevsellik; bireyin yaşadığı ortamda başlıca toplumsal rollerini gerçekleştirmesi ve temel ihtiyaçları için gerekli olan görevleri yerine getirme yeteneğidir^{Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.}. Bu tanımdaki temel gereksinimler; kendini koruma, beslenme, kabul görme, sosyal destek, sağlık ve barınmayı içermektedir. Kişilerin toplumdaki başlıca rollerini gerçekleştirme becerisi ise ebeveyn, komşu, aile ferdi, çalışan ve vatandaş gibi rolleri yerine getirebilme becerisidir¹⁰⁹. Tıbbi tedavi tek başına hastalık belirtilerini azaltırken işlevsellikte yeterli iyileşme sağlamamaktadır. Bu nedenle, rehabilitasyon hizmetlerinin medikal tedaviye ek olarak verilmesi gereklidir¹¹². TRSM'lerde verilen hizmetlerin asıl amacı, hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılması, toplumda bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmesi ve iyileşmeye katkı sağlanması için fiziksel, toplumsal ve bilişsel becerilerin geliştirilmesidir. Bu konuda yapılmış başka çalışmalara bakıldığında TRSM programlarının, hastaların iyileşme parametreleri üzerinde oldukça olumlu sonuçlar yarattığı görülmektedir.^{7,90,104} Bizim çalışmamızda da benzer şekilde TRSM programlarına düzenli devam eden ve etmeyen hastaların sosyal işlevsellik puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulgu aynı zamanda TRSM' de yapılan aktivilerin etkinliği hakkında bilgi de vermektedir. Yıldız ve arkadaşlarının şizofreni hastalarıyla yaptığı bir çalışmada hastalara uygulanan ruhsal toplumsal beceri eğitiminin sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine olumlu yönde katkı yaptığı saptanmıştır¹⁰⁶. ABD' de yapılan başka bir çalışmanın sonucunda, TRSM' deki rehabilitasyon programlarına altı ay boyunca katılım gösteren hastaların hastalık belirti ve bulgularında azalma görülmüş olup toplumsal işlevselliklerinde artma olduğu sonucuna ulaşılmıştır¹⁰⁵.

Çalışmamızda, TRSM' ye devam eden ve TRSM' ye devam etmeyen kişiler arasında, İç Görünüm Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre TRSM'ye devam eden kişilerin İç Görünüm Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği puanları TRSM' ye devam etmeyen kişilerden anlamlı derecede daha fazladır.

Bu bulgu ile TRSM' de yapılan uygulamaların hastaların içgörüsünü arttırdığı söylenebilir. İçgörü, hastalık belirtilerinin farkında olma ve hastalığını tanıma olarak bilinmektedir. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar varolanlarının ya da halüsinasyonlarının gerçek olmadığını bir anlık fark edebilir, ancak sonra tekrar farkındalıklarını yitirirler⁵⁷. İçgörü hastanın tedaviye katılımıyla doğrudan ilişkili olması sebebiyle tedavinin seyrinde önemli belirleyici role sahiptir. Ülkemizde TRSM'de uygulanan tedavilerin şizofreni tanılı hastaların içgörü düzeylerine etkisini incelenen çalışmalarda hastaların psikososyal tedaviler sonrasında içgörülerinin arttığını göstermektedir^{86,15,100,104}. İlk kez Bolu'da kurulmuş olan TRSM'deki programlara hemen hemen her gün katılan hastalarla yapılan çalışmada ise hastalarda sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve içgörülerinin belirgin oranda arttırdığı ve yeti yitiminin önemli ölçüde azaldığı ortaya konmuştur⁷. Yine bizim çalışmamıza benzer bulguları olan Kane JM ve arkadaşlarının çalışmasında da TRSM'ye kayıtlı tüm hastaların sosyal işlevsellik, yaşam kalitesi ve içgöründe artış gözlenmiştir¹⁰⁸.

Çalışmamızda hastaların TRSM' ye devam durumuna göre ilaç uyum düzeylerine bakılmıştır. Düşük ilaç uyumuna sahip bireylerin orta ve yüksek uyuma sahip bireylere göre anlamlı düzeyde farklılaşma gözlenmemiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmanın sonucuna göre ilaç tedavisi ile psikososyal tedavilerin birlikte uygulanması hastaların ilaç tedavisine uyumlarını arttırmaktadır¹⁰¹. Toplum standart tedavi ile temelli tedavinin karşılaştırıldığı bir çalışmada toplum temelli ruh sağlığı hizmeti alan kişilerin tedaviye daha iyi uyum sağladıkları saptanmıştır⁹². Başka bir çalışmanın sonucuna göre TRSM'nin ilaç uyumunu arttırmada etkili olduğu saptanmıştır³. Başka bir çalışmada ise TRSM'ye devamlılık göstermeyen şizofreni hastalarının ilaçlarını düzenli kullanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır¹⁰³. Tedavi uyumunu arttırmak amacıyla yapılan psikoeğitim ve diğer psikososyal rehabilitasyon programlarının, elektronik hatılatıcı cihazların ve TRSM'de uygulanan ilaç enjeksiyon uygulamalarının etkili olduğu ispatlanmıştır. Bu yaklaşımları birlikte kullanan psikososyal rehabilitasyon programları, tek boyutlu yaklaşımlara göre daha etkili sonuçlar ortaya koymuştur¹⁰⁹. TRSM'lerde kombine yaklaşımlara yer verildiğinden dolayı TRSM'lerin hastaların iyileşme sürecinde aktif rol oynamaktadır. Çalışmamızda ise TRSM'ye devam edenlerde ilaç uyumu yüksek olanların oranı TRSM'ye devam etmeyenlerden anlamlı derecede daha fazla iken TRSM'ye devam etmeyenlerde ilaç uyumu orta olanların oranı TRSM'ye devam edenlerden anlamlı derecede daha fazladır.

Her ne kadar TRSM'ye devam eden grupta ilaç uyumu çok iyi olsa da bu sonuçlar TRSM'ye devam etmeyen gruptaki hastaların da ilaç kullanımına dikkat ettiğini göstermektedir. Bu durumun halihazırda TRSM'ye kayıtlı olan tüm hastaların (düzenli devam etmeyenler de dâhil) ilaç kullanma konusunda merkezden destek aldığı, ilaç uyumlarının düzenli takip edilmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın yapıldığı TRSM'de tüm kayıtlı hastalar ilaç kullanmakta ve ilaç takiplerini merkezden yapmaya devam etmektedir.

Hastaların sosyal işlevsellik, içgörü ve tedaviye uyum ölçeği puanlarındaki anlamlı farklılıklarda TRSM etkinliklerinin, hastalara verilen psikoeğitimlerin ve hastaların yakından enjeksiyonlarının takip edilmesi hastalardaki belirtilerin düzelmesine katkı sağlayarak etkili rol oynamaktadır. Yine TRSM'lerin bu tip psikiyatrik hastalıkların tedavisi boyunca; içgörü, sosyal işlevsellik ve ilaç uyumu bakımından düzelme sağlamada oldukça etkili olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki bulgulara bakılarak TRSM'lerin hastalık belirti ve bulgularında daha iyiye gidişinde etkili olduğu sonucu çıkarılabilir. Bu çalışmada da ülkemizde ve dünya çapında yapılan tüm çalışmalarda görüldüğü gibi TRSM'deki rehabilitasyon programlarının yararlı ve gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

TRSM' ye kayıtlı olan hastaların devam durumunun sosyal işlevsellik, içgörü ve ilaç uyumuna etkisinin araştırıldığı bu çalışmadan elde edilen sonuçlar;

1. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $45,47 \pm 9,11$ 'dir.
2. Hastaların %53,8'i erkek, %80'i bekâr ve %50,8'inin eğitim düzeyi ilköğretimdir.
3. TRSM' ye devam etmeyen hastalar arasında Sosyal İşlevsellik Ölçeği toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$).
4. TRSM'ye devam eden ve TRSM'ye devam etmeyen kişiler arasında, İç Görünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0,05$).
5. TRSM'ye devam eden hastalarda ilaç uyumu yüksek olanların oranı %73,8 iken aynı oran devam etmeyenlerde %53,8'tir.
6. TRSM'ye devam durumu ile ilaç uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Buna göre TRSM'ye devam edenlerde ilaç uyumu yüksek olanların oranı TRSM'ye devam etmeyenlerden anlamlı derecede daha fazladır.

6.2.Öneriler

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre;

- Programa devamlılık sağlamanın hastaların iyileşme parametrelerinde gösterdiği olumlu etkisi göz önüne alınarak TRSM programına devamlılık sağlanması için toplum ruh sağlığı hemşiresinin hastaların devam etmemelerine neden olan faktörleri yeniden değerlendirmesi,
- Hastalar ve hasta yakınlarının TRSM'lere devam etme konusunda destekleyecek eğitim ve müdahale programları hazırlanması,
- Hastaların TRSM'ye devam etme/etmeme durumlarının farklı iyileşme parametreleri üzerindeki etkisini araştırarak araştırmaların artırılması,

- Hastaların devam etme/etmeme durumlarını etkileyen çeşitli faktörleri belirlemek için kalitatif araştırmaların planlanması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, (2006: 70)
2. Yüksel N. Antidepresan İlaçlar. Psikofarmakoloji, Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 1998.
3. Na, E.J., Kang, N.I., Kim, M.Y., Cui, Y., Choi, H.E., Jung, A. J. and Chung, Y.C. Effects of community mental health service in subjects with early psychosis: One-year prospective follow up. Community Mental Health Journal; 2015: 52: 724-73.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönerge. 2011a.
5. Birsöz, S. Benim şizofrenilerim. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 2013.
6. Doğan O. Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Schizophr Bull. Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar, Sivas: Anadolu Psikiyatri Dergisi, Sep 2002: 133-139.
7. Ensari, H., Gültekin, B.K., Karaman ,D., Koç, A. ve Beşkardeş, A.C. Bolu toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: bir yıllık izleme sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 2013: 14(2), 108-114.
8. Glynn, S.M. Psychiatric rehabilitation in schizophrenia. Advances and challenges. Clinical Neuroscience Research; 2003: 3, 23-33.
9. Yıldız, M. Ciddi ruhsal hastalıklarda ruhsal toplumsal tedaviler. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry; 2009: 2(2), 52-56.
10. Bellack, A.S. Psychosocial treatment in schizophrenia. Dialogues in Clinical Neuroscience; 2001: 3(2), 136-137.
11. Iati, C.A. and Waford, R.N. The psychosis response guide: how to help young people in psychiatric crises. New York: Springer Publishing Company, 2016.
12. Adasal R. Psikozlar, AÜTF Yayınları, Örnek Matbaası, Ankara; 1955: 45, 294.
13. Semiz Ü. Şizoaffektif bozukluk. In: Ceylan E, Çetin M, (Eds) Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri, şizofreni-II. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri; 2005: 1299-312.
14. Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer C.A., Walkup, J. And Weiden, P.J. Prediction medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. Psychiatric Services; 2000: 51(2), 216-222.

15. Arslan, M., Yazıcı, A., Yılmaz, T., Coşkun, S. ve Kurt, E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: izleme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 2015: 16(4), 238-246.
16. Yılmaz, S. ve Buzlu, S. Antipsikotik kullanan hastalarda ilaç yan etkileri ve ilaç uyumu. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*; 2012: 20(2), 93-103.
17. Söylemezoğlu, Ü. ve Cansever, A. Şizofreni tedavisinde psikososyal yaklaşımlar. *Psikiyatri Dünyası Dergisi*; 1999: 3, 96-103.
18. Guo X, Zhai J, Liu Z, Fang M, Wang B, Wang C et al. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of earlystage schizophrenia: a randomized, 1-year study. *Arch Gen Psychiatry*; 2010: 67:895-904.
19. Esen-Danacı, A., Böke, Ö., Saka, M.C., Erol, A. ve Ulusoy Kaymak, S. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. (2.baskı). Ankara: Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti; 2018.
20. Gül İ., Keskin D., BOZKURT G., *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 2014: 15, 93-98
21. Özaltın G. Psikiyatride Disiplinlerarası Yaklaşımlar ve Ekip Çalışması, Kum N (Eds), *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*. 1.Baskı, İstanbul: Birlik Ofset; 1996: 181-213.
22. Keltner LN. *Introduction to Psychiatric Nursing*, Philadelphia: Mosby-Year Book; 1995: 3-15.
23. Donyağı, N. Toplum ruh sağlığı merkezlerine devam eden ve devam etmeyen şizofreni hastalarında aile yükünün incelenmesi, *Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*, T.C. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2016.
24. Arciniegas DB. Psychosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology. Behavioral Neurology and Neuropsychiatry*; 2015: 21(3):715-36.
25. Arkonaç, O. *Psikiyatrik bozukluklar ve tedaviler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 1986.
26. Köroğlu E., *Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
27. World Health Organization. *The global burden disease*; 2004.

28. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990– 2013: a systematic literature review. *BMC psychiatry*. 2015;15(1):193.
29. Binbay, T., Ulaş, H., Elbi H. ve Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 2011; 22(1), 40-52.
30. Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Aksu Tanık, F. ve Van Os, J. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 2012; 23(3), 149-160.
31. Köroğlu, E. Klinik psikopatoloji. Ankara: HYB Yayıncılık. 2015.
32. Ertuğrul, A. Şizofreni etiyojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Science*; 2005; 1(12), 6-14.
33. Greenwood TA., Lazzeroni LC., Calkins ME., Freedman R., Green MF., Gur RE., et al. Genetic assessment of additional endophenotypes from the Consortium on the Genetics of Schizophrenia Family Study. *Schizophrenia research*; 2016: 170(1):30-40.
34. Kocal Y., Karakuş G., Sert D. Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2017; 26(2):251-67.
35. Aykut DS. Şizofreni Hastalarında Hastalık Süresinin Klinik Özelliklere Etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2017; 20(4).
36. Lieberman J.A., Sobel S.N., Predictors of treatment response and course of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*. 1993; 6, 63-69.
37. Dünya Sağlık Örgütü, 1993: 96.
38. Özpoyraz N., Psikozun sürekliliği kavramı: şizoaffektif bozukluğun yeri. In: Köroğlu E., Güleç C., (Eds) *Psikiyatri temel kitabı*. Ankara: HYB Basım Yayın; 2007: 211-6.
39. Fennig S., Fochtmann L., Carlson G. Schizoaffective disorder. In: Sadock B., Sadock V., (Eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2005: 1533-36.
40. Danacı E. Şizoaffektif Bozukluk. In: Soygür H., Alptekin K., Atbaşoğlu E., Herken H, (Eds) *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar Kitabı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınlar; 2007: 287-301.

41. Kaya H., Şizoaffektif Bozukluk Hastalarında Peroksidoksin-1 düzeyi ve Oksidatif Metabolizmanın İncelenmesi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp fakültesi; 2015.
42. Tondo L., Vázquez G., Baethge C., Baronessa C., Bolzani L., Koukopoulos A., Comparison of psychotic bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia: an international, multisite study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2016; 133(1), 34-43.
43. Yıldızhan E., Turkcan A., İnan S., Erenkuş Z., Yalcın O., Erdoğan A. İlk psikoz atağı: belirtiler, tedavi başlangıcı ve klinik yanıt ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2015; 26(2),77-86.
44. Amering M., Schmolke M. Ruh sağlığında iyileşme: Bilimsel ve Klinik Sorumlulukların Yeniden Şekillendirilmesi. (H. Soygür, Çev.). Ankara: İmaj Yayınevi, 2017.
45. Anıl Yağcıoğlu E. Şizofreni tedavisi ve antipsikotik ilaçlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Science*, 2005: 1(12), 49-57.
46. McEvoy J.P., Scheifler P.L., Frances A. The expert consensus guideline series: Treatment of schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1999: 60(11).
47. Yüksel N. Psikofarmakoloji. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi; 2003.
48. Sadock BJ., Sadock VA., Bozkurt A. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi; 2009.
49. Öztürk M.O., Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. (11.baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2008.
50. Weinstein M.R., Fischer A. Electroconvulsive treatment of a patient with artificial mitral and aortic valves. *The American Journal of Psychiatry*; 1967: 123(7), 882-884.
51. Washington DC. American Psychiatric Association Task Force on Electroconvulsive Therapy. *The Practice of Electroconvulsive Therapy*, American Psychiatric Press; 2001.
52. Mueser K.T., Bond G.R. Psychosocial treatment approaches for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*; 2000: 13, 27-35.
53. Yıldız M. Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir? S Cankaya (Eds), *Neden Nasıl Şizofreni* (2. baskı içinde) Ankara: PEDAY Yayınları; 2005a: 238-276.

54. Söğütlü L. (2014). Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına psikososyal beceri eğitimi uygulaması ve sonuçları. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, İstanbul; 2014.
55. Valencia M., Rascon M.L., Juarez F., Escamilla R., Saracco R., Liberman R.P. Application in Mexico of psychosocial rehabilitation with schizophrenia patients. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*; 2010:73(3), 248-263.
56. Markova I.S., Berrios G.E. The meaning of insight in clinical psychiatry. *British Journal of Psychiatry*; 1992: 160, 850-86.
57. Jaspers K. The Patient's attitude to his illness. Chapter VII, *General Psychopathology*, The Johns Hopkins University Press; 1997: 414-425.
58. David A.S. Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*; 1990: 156, 798-808.
59. Mintz R.A., Dobson K.S., Romney D.M. Insight in schizophrenia: A metaanalysis. *Schizophrenia Research*; 2003: 61, 75-88.
60. Dankı D., Dilbaz N., Okay İT. Şizofreni Tanısı Olan Hastalarda İçgörünün Aile Öyküsü, Pozitif ve Negatif Belirtilerle İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 2007: 18, 129-36.
61. Amador XF., Flaum M., Andreasen NC., Strauss DH., Yale SA., Clark SC., Gorman, JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*; 1994: 51(10), 826-36.
62. Bora E., Erkan A., Kayahan B., Veznedaroğlu B. Cognitive insight and acute psychosis in schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*; 2007: 61, 634-639.
63. Baier M., DeShay E., Owens K. The relationship between insight and clinic factors for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*; 2000: 14, 259-65.
64. Debowska G., Grzywa A., Kucharska-Pietura K. Insight in paranoid schizophrenia-its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Comp Psychiatry*; 1998: 39: 255-60.
65. Schwart RC., Peterson S. The relationship between insight and suicidality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999: 187, 376- 8.
66. Erol A., Keleş Ünal E., Tunç Aydın E., Mete L. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 2009: 20(4), 313-321.

67. Randall JR, Vokey S, Loewen H, Martens PJ, Brownell M, Katz A et al. A systematic review of the effect of early interventions for psychosis on the usage of inpatient services. *Schizophr Bull.* 2015; 41:1379-86.
68. Guo X., Zhai J., Liu Z., Fang M., Wang B., Wang C. Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of earlystage schizophrenia: a randomized, 1-year study. *Arch Gen Psychiatry*; 2010: 67:895-904.
69. Mubarak A.E. Home Economics Department, Faculty of Specific Education, Menofiya University, Ashmoon City. American College of Rheumatology; 2005.
70. Brissos S., Balanza-Martinez V., Dias V., Carita A.S., Figueria M.L. Is personel and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*; 2011: 261(7), 509-517.
71. Bartko G., Herczeg I., Zador G. Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenicpatients. *Acta Psych Scand*; 1988: 74-76.
72. Misdrahi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FJ: Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *Encephale*; 2002: 28(3):266-72.
73. Pan PC, Tantan D. Cincal charecteristics, health beliefs and compliance with maintainance treatments, a comparison between regular and irregular attenders at a depo clinic. *Acta Psych Scand*; 1989: 79: 564-570.
74. Falloon I. Developing and maintaninng adherence to long term drug taking regimen, *Schizophrenie Bulletin*; 1984: 412-417.
75. Alataş G., Karaoğlan A., Arslan M., Yanık M. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 2009: 46, 25-9.
76. Yanık M. Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi zerine Değerlendirmeler ve neriler: Ruh Sağlığı Eyllen Planı nerisi, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar; 2007: 1-80.
77. Songur C, Saylavcı E, Kıran Ő. Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, *Social Sciences Studies Journal* 2017: 3(4), 276-89.
78. Caldas de Almeida J.M., Killaspy H. Long term mental health care for people with severe mental disorders; 2011.

79. Bilge A, Mermer G, Çam O, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N. Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 yıllarının profili. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 2016: 2,1-5.
80. Erol N, Kılıç C, Ulusoy, M, Keçeci M, Şimsek Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 1. Baskı. Ankara: 1998.
81. Başer, D., Kırioğlu, M., Aktaş, Mavili A. Sosyal hizmet mesleğinin bir uygulama alanı olarak toplum temelli ruh sağlığı sistemi ve güncel değişimler. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2013: 24: 179-92.
82. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2011.
83. Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2014.
84. Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge; 2011.
85. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011a). Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönerge.
86. Arslan Delice M., Mert Akgül S., Yıldız M. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi; 2014: 4(2): 122-125.
87. Brekke J.S., Long J.D., Nesbitt N., Sobel E. The impact of service characteristics on functional outcomes from community support programmes for persons with schizophrenia: a growth curve analysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1997: 65(3), 464-475.
88. Kemp R., Hayward P., Applewhaite G., Everitt B., David A. Compliance therapy in psychotic patients: Randomised controlled trial. The British Medical Journal; 1996: 312, 345-349.
89. Yılmaz E. Şizofreni hastalarında farkındalık temelli psikososyal beceri eğitiminin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeyine etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum. 2016.
90. Özdemir İ., Şafak Y., Örsel S., Karaoğlan Kahiroğulları A., Karadağ, H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 2017: 18(5), 419-427.

91. Macpherson R., Edwards T.Y., Chilvers R., David C., Elliott H.J. Twenty-four our care for schizophrenia; 2009.
92. Petersen L., Jeppesen P., Thorup A., Abel M.B., Ohlenschlaeger J., Ostergaard T., Nordentoft M. A randomised multicentre trial of integrated versus standart treatment for patients with a first episode of psychotic illness. The British Medical Journal, <https://www.bmj.com/content/331/7517/602>. 2005.
93. Sohn M., Barret H., Talbert J. Predictors of consumer satisfaction in community mental health center services. Community Mental Health Journal; 2014: 50.
94. Salles M.M., Barros S., Matsukura T.S. The Brazilian community mental health care services: Social inclusion and psychosocial rehabilitation. Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health; 2016: 3(2), 89-94.
95. Varga E., Endre S., Bugya T., Tenyi T., Herold R. Community-based psychosocial treatment has in impact on social processing and functional outcome in schizophrenia. Frontiers in Psychiatry; 2018: 9 (247).
96. Keltner LN. Introduction to Psychiatric Nursing. LN Keltner, LH Schwecke, CE Bostrom (Eds), Philadelphia, Mosby-Year Book; 1995: 3-15.
97. Worley NK. Community psychiatric nursing care. G Stuart, MT Laraia (Eds), Principles and Practice of Psychiatric Nursing, South Carolina; 1998: 716-733.
98. Özgür G., Karaaslan A., Çam O., Gürkan A., Dülgerler Ş., Uysal O. Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı toplumda ruhsal belirtilerin değerlendirilmesi. E.Ü. Rektörlüğü Araştırma Fonu, Proje No:1995 HYO-06, İzmir, 1998.
99. Buckwalter KC. Community mental health and home care. GK McFarland, MD Thomas (Eds), Psychiatric Mental Health Nursing, Philadelphia, JB Lippincott, 1991: 893-901.
100. Eryıldız D. Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezine devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması. 2008, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, İstanbul.
101. Söylemezoğlu Ü., Cansever A. Şizofreni tedavisinde psikososyal yaklaşımlar. Psikiyatri Dünyası Dergisi; 1999: 3, 96-103.

102. Na E.J., Kang N.I., Kim M.Y., Cui Y., Choi H.E., Jung A. J., Chung Y.C. Effects of community mental health service in subjects with early psychosis: One-year prospective follow up. *Community Mental Health Journal*; 2015: 52, 724-73.
103. Balıkcı A., Erdem M., Zincir S.B., Bolu A., Ercan S., Uzun O. Adherence with outpatient appointments and medication: A two-year prospective study of patients with schizophrenia. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*; 2013: 23(1) , 57-64.
104. Şahin Ş., Elboğa G. Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*; 2019: 44, 431-8.
105. Noordsy DL, O'Keefe C. Effectiveness of combining atypical antipsychotics and psychosocial rehabilitation in a community mental health center setting. *J Clin Psychiatry*; 1999: 60, 19 Suppl, 47-51.
106. Yıldız M., Veznederoğlu B., Eryavuz A., Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. *Int J Psychiatry in Clin Prac*; 2004: 8, 219-25.
107. Osterberg L., Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*; 2005: 353, 487-97.
108. Kane JM., Robinson DG., Schooler NR., Mueser KT., Penn DL., Rosenheck RA. Comprehensive versus usual community care for first-episode psychosis: 2-year outcomes from the NIMH RAISE early treatment program. *Am J Psychiatry*; 2015: 173, 362- 72.
109. Haddad PM., Brain C., Scott J. Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient Relat Outcome Meas*; 2014: 5,43-62.
110. Karen S. Getting it, together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. 2004: 155-163.
111. Sheafor B. W., Horejsi C. J. Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler, D. B. Çiftci (Eds). Ankara: Nika Yayınevi; 2015.
112. Luborsky L. Clinicians judgement of mental health. *Arch Gen Psychiatry*; 1962: 7, 407-17.
113. Tirupati S. The Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation. *Indian Journal of Mental Health Neurosciences*; 2018: 1(1), 8-12.

EKLER

Ek 1. Sosyo-demografik Bilgi Formu

1.Doğum Tarihiniz(gün-ay-yıl) :

2.Doğum Yeriniz:

3.Cinsiyetiniz:

a) Kadın b)Erkek

4.Eğitim Düzeyiniz:

a) Okur-yazar

b) İlköğretim

c) Ortaöğretim

d) Önlisans

e) Lisans

5.Medeni Durumunuz:

a) Bekâr b) Evli

6.Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

a) Yalnız

b) Sadece eşinizle

c) Eş ve çocuklar ile

d) Anne ve baba ile

e) Diğer (.....)

7.Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

8.TRSM'ye kayıt olunan tarih:

9.Hastalığınızın başlangıç yaşı:

Ek 2. Morisky Uyum Ölçeği

1- İlacınızı almayı unutuyor musunuz?

EVET / HAYIR

2- İlacınızı zamanında almayı unutur musunuz?

EVET / HAYIR

3- Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaç almayı bırakıyor musunuz?

EVET / HAYIR

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

EVET / HAYIR

Ek 3. İlgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

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

o Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)

o Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)

o Hiçbirzaman =0

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

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

o Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)

o Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.)

o Hiçbir zaman =0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa.)

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

o Sıklıkla =2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)

o Bazen =1 (Hastalığı olduğunu arasıra düşünmüş)

o Hiç bir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

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

2b. hastaya “bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?” şeklinde sorunuz. (2a. nın maddeleri geçerlidir).

Sıklıkla=2, Bazen =1, Hiçbir zaman =0.

2c. (2b. eğer 1 ya da 2 ise) “Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?” diye sorunuz.

o Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar =2

o Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da “ Bilmiyorum” şeklinde yanıtlar =1

o Delüzyonel açıklamalar =0

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

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

o Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)

o Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)

o Hiçbir zaman =0

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

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

o “Hastalığımın bir parçası” =2

o “Yorgunluk ve stres” gibi dış olaylara bağlıorsa =1

o Dış güçlere bağlıorsa (delüzyonel olabilir) =0

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

0= “Yalan söylüyorlar.”

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

2= “Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem.”

3= “Bende bir hata olduğunu düşünürüm.”

4= “İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum.”

Ek 4. Sosyal İşlevsellik Ölçeği Hasta Formu

İSİM: _____

Bu ölçek hastalanmanızdan bu yana ne durumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır.

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

1. Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

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

SOSYAL UĞRAŞI / SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama _____

Hafta sonu ortalama _____
(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

Örn. odada tek başına,
Tek başına dolaşarak,
Radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.
Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler:

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

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

Onlardan kaçınma

Huzursuz olma

Onları kabul etme

Onlardan hoşlanma

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şuan kaç arkadaşınız var?
(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)

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

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

Hemen hemen hiç

Nadiren

Bazen

Sık sık

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

Çok kolay

Oldukça kolay

Orta

Oldukça zor

Çok zor

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

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

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro/konser				
Kapalı salon sporunu izleme(örn; masa tenisi)				
Açık alan sporu izleme (örn; futbol)				
Sanat galerisi/müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma vb.				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek/kız arkadaşı dâhil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü/ sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık salon sporu yapmak				
Kulüp/dernek				
Kahve/cafeler'e gitmek				
Dışarıda yemek yemek				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

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

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

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – YETKİNLİK

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

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

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - PERFORMANS

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

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

İŞ / MESLEK

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

EVET / HAYIR

(altını çiziniz)

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

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? -----

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz? -----

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

Ne tür bir işti? -----

Haftada kaç saat çalışırdınız? -----

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

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

Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

* Kesinlikle evet / Zorlanırım / Kesinlikle hayır

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

* Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

Ek 5. Düzce Üniversitesi Etik Kurul Yazısı

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Psikiyatri Hastalarının Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne (TRSM) Devam Durumuna Göre İşlevsellik, İlgelen ve Tedaviye Uyumluluğunun Karşılaştırılması		
TITLE OF STUDY		Comparison of Functionality, Insurance and Treatment Compliance of Psychiatric Patients According to the Status of Social Mental Health Center (TRSM)		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:			
	TELEFON			
	FAKS			
	E-POSTA			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU/ ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Fatma EKER		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Yüksek Lisans Öğrencisi Beyza ŞENER		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUT 5. sb. gibi kaynaklardan çekilebilir için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
Gözetimsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>		
Diger ise belirtiniz ****				
	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	
			ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

imza
adı: Doç.Dr.Gülbin SEZEN

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Psikiyatri Hastalarının İşlevsel Halk Sağlık Merkezi'ne (İHSM) Devam Durumuna Göre İşlevsellik, İşgörü ve Tedaviye Uyumlarının Karşılaştırılması					
TITLE OF STUDY		Comparison of Functionality, Insurance and Treatment Compliance of Psychiatric Patients According to the Status of Social Mental Health Center (İHSM)					
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Yerleşim Numarası	Dil			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>					
	BİYYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:						
KARAR BELGE LERİ	Karar No:2019/197		Tarih: 25.11.2019				
	Yukarıda bilgileri verilen başvurulara dayalı olarak ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereği, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendiği ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden izin alındıktan sonra prosedürleri içerisinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç.Dr.Gülbin SEZEN					
Unvanı/Adı/Soyadı	Ünvanlık Alanı	Kurumu	Çinisi		Araştırma ile İlgili		Katılım *
Prof. Dr. Huseyin YUCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Ege GÜLFCÜ BALBAY	Çocuk Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Mahmut Ali KAYINÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Nergül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Mehmet GAMSIZKAN	Patoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>
Dr Öğr. Üyesi Nuri Cemal COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Dr Öğr. Üyesi Fikre SUZER ÖZKAN	İmmünoyol Bolumu	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Dr Öğr. Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Dr Öğr. Üyesi Abdulkadir BELADA	KBB	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Dr Öğr. Üyesi Zeynep GAMSIZKAN	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>
Dr Öğr. Üyesi Mehmet Ali SUNGUR	Biyostatistik ve Tıbbi Biyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Mustafa Salih ERDİL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg. ve Araştır. Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Kerem YAROL	Sivil Üye	Yarıllar Üstün Çelik Ürünleri San. ve Tic. Ltd.Şti	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Mein POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>

*:Toplamda Bulunan

Doç.Dr.Gülbin SEZEN

Not: Etik kurul başkanı, başkanın yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 6. İzin Yazısı

İZİN FORMU

"PSİKİYATRİ HASTALARININ TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NE (TRSM) DEVAM DURUMUNA GÖRE İŞLEVSELLİK, İÇGÖRÜ VE TEDAVİYE UYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI"konulu araştırma çalışması yapmayı planlamaktayım."PSİKİYATRİ HASTALARININ TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NE (TRSM) DEVAM DURUMUNA GÖRE İŞLEVSELLİK, İÇGÖRÜ VE TEDAVİYE UYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI" konulu araştırma çalışmam için Gölcük Devlet Hastanesi'nde "PSİKİYATRİ HASTALARININ TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NE (TRSM) DEVAM DURUMUNA GÖRE İŞLEVSELLİK, İÇGÖRÜ VE TEDAVİYE UYUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI "konusunda çalışmalarına izin verilmesi için müsaadelerinizi arz ederim.

Tarih

Adı/Soyadı: BEYZA ŞENER

..... Anabilim Dalında çalışmalar yapması uygun.....

.....Anabilim Dalı Başkanı

Tarih

Adı Soyadı

İmzası

Gölcük Devlet HastanesiHafızlar Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışmalar yapması uygundur

Başheki

Tarih

Adı Soy

İmzası

Ek 7. Katılımcı Onam Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma, hemşire Beyza Şener tarafından Düzce Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans bitirme tezi olarak yürütülmektedir. Yapılan çalışmada Halidere Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde (TRSM) kayıtlı hastaların TRSM programına katılım sıklıklarına göre sosyal işlevsellik, içgörü ve ilaç uyumu açısından karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

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

Gönüllünün

Adı- Soyadı:

İmza:

Tarih:

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının:

Adı- Soyadı:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

yılında nin ilçesinde doğdum ve hala aynı şehirde yaşamaktayım. Evliyim, 1 bebek sahibiyim. İlkokulu, ortaokulu, liseyi Gölcük' te okudum. Karamürsel Sağlık Meslek Lisesi hemşirelik bölümü mezunuyum. Lise bittikten sonraki 2 yıl boyunca Kocaeli Özel Konak Hastanesi'nde hemşire olarak çalıştım. Daha sonra lisans eğitimime devam etmeye karar verdim. Düzce Üniversitesi hemşirelik bölümüne 2014 yılında başladım. Lisans hayatım devam ederken Özel Konak Hastanesi'nde 6 yıl boyunca ameliyathane hemşiresi olarak çalıştım. 2018 yılında Düzce Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans eğitimine başladım. 2020 yılında KPSS ile İzmit Seka Devlet Hastanesi'ne atandım. 2 yıldır yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktayım.

