

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**VAKA YÖNETİMİNİN ŞİZOFRENİ HASTALARININ
KLİNİK BELİRTİLERİ, SOSYAL İŞLEVSELLİĞİ VE
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

Dr. Emine AYDIN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Ünal ALTINOK

İSTANBUL - 2016

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR
HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**VAKA YÖNETİMİNİN ŞİZOFRENİ HASTALARININ
KLİNİK BELİRTİLERİ, SOSYAL İŞLEVSELLİĞİ VE
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

Dr. Emine AYDIN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Ünal ALTINOK

İSTANBUL - 2016

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. EMİNE AYDIN

UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: VAKA YÖNETİMİNİN ŞİZOFRENİ HASTALARININ KLİNİK BELİRTİLERİ, SOSYAL İŞLEVSELLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ NE ETKİLERİ

1-Sayfa Sayısı:	: 89
2-Tablo Sayısı	: 8
3-Şekil Sayısı:	: 0
4-İstatistik Sayısı:	: 4
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu	: 189, BAŞARILI
6-Yazı Tertibi	: BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet	: BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu	: BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı	: ORJİNAL

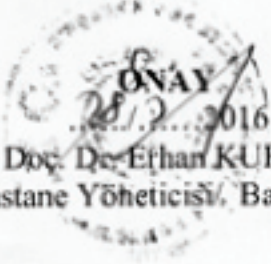
SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye
Doç. Dr. Murat ERKİRAN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Eğitim Görevlisi
Sicil No: 59221

Üye
Doç. Dr. Ertan KURT
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Eğitim ve İdari Sorumlusu
Sicil No: 54082

Üye
Doç. Dr. Mustafa SOLMAZ
Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bağcılar Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Eğitim Görevlisi
Sicil No: 43301


Doç. Dr. Ertan KURT
Hastane Yöneticisi, Başhekim

I. ÖNSÖZ

Sağladığı çalışma ortamı nedeniyle, bilgi ve deneyimlerini paylaşmakta geri durmayan Hastanemiz Yönetici/ Başhekimi Doç. Dr. Erhan KURT'a,

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tezimin gerçekleşmesinde büyük katkıları olan Klinik Şefim Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Uzm. Dr. Latif R.ALPKAN, Doç.Dr.Ömer SAATÇIOĞLU, Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ, Doç. Dr. Erhan KURT, Uzm. Dr. Oya GÜÇLÜ, Uzm.Dr.Münevver HACIOĞLI YILDIRIM ,Doç. Dr. Ejder A. YILDIRIM'a,

Tez sürecine katkılarından dolayı Uzm. Dr.Hüseyin YUMRUKÇAL'a,

Eğitimimde emeği geçen kliniğimiz uzmanları Uzm.Dr.Funda KEÇELİ, Uzm.Dr.Uğraş Erman UZUN, Uzm. Dr.Ünal ALTINOK'a ve hastanemiz uzmanlarına, beraber çalıştığımız tüm asistan arkadaşlarıma,

9. psikiyatri birimi hemşire ekibine, yardımcı sağlık personelimize, tıbbi sekreterimize, tez hazırlama sürecinde yardımlarından dolayı Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkez'i sevgili hemşireleri ve psikoloğuna,

Servisimize 8 ay önce gelen ve kısa sürede güzel bir arkadaşlık kurduğum tatlı çömezim Ecem Çelik'e

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin bana kazandırdığı önemli ve değerli dostlarım Tuba ÇIRAKOĞLU, Sevgi Gül ERTÜRK, Emrullah DÜNDAR ve Nurdan DURAK'a,

Üniversiteye başladığım ilk andan itibaren yaklaşık 13 yıldır desteklerini, sevgilerini ve en önemlisi dostluklarını benden esirgemeyen İdil ORUÇ ve Emine AYAZ'a,

Desteklerini hiç esirgemeyen ve varlıklarını hep hissettiğim canım babama, anneme ve kardeşlerime,

Hayatıma girdiği günden beri yaşam enerjimi yükselten, desteğini esirgemeyen, azmini ve sabrını kendime örnek aldığım biricik eşim Erkan AYDIN'a, yaşamımın anlamı biricik kızım Irmak'a,

Kendilerinden psikiyatri ve yaşam adına çok şey öğrendiğim kıymetli hastalarımın teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Emine AYDIN

İstanbul, 2016

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I. ÖNSÖZ.....	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET.....	IV
IV. ABSTRACT.....	V
V. KISALTMALAR.....	VI
VI. TABLO LİSTESİ	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. GİRİŞ	1
1.2. AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. ŞİZOFRENİ.....	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Epidemiyoloji	7
2.1.4. Etiyoloji.....	9
2.1.5. Şizofreni Tanısı	9
2.1.5.1. DSM-IV-TR Şizofreni Tanı Ölçütleri.....	9
2.1.5.2. Klinik Özellikler	12
2.1.5.3. Gidiş ve Sonlanım.....	14
2.1.6. Şizofreni ve İlgörü Kavramı.....	18
2.1.7. Şizofreni ve Tedavi Uyumu	21
2.1.8. Şizofreni ve Depresyon.....	22
2.1.9. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik	24
2.1.10. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi.....	26
2.1.10.1. Yaşam Kalitesi Tanımı.....	26
2.1.10.2. Genel Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı	26
2.1.10.3. Psikiyatride Yaşam Kalitesi	28
2.1.10.4. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi	29
2.2. TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI.....	31
2.2.1. Türkiye’de Toplum Temelli Ruh Sağlığı.....	33
2.2.2. Vaka Yönetimi	35

3. YÖNTEM VE GEREÇLER	37
3.1. Örneklem.....	37
3.1.1. Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri	38
3.2. DEĞERLENDİRME GEREÇLERİ.....	38
3.2.1. Sosyodemografik veri formu:.....	39
3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS):	39
3.2.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği:	39
3.2.4. Şizofreni Hastaları için Yaşam Nitelikleri Ölçeği:.....	40
3.2.5. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ):.....	40
3.2.6. Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ):	40
3.3. İSTATİSTİK METODU	41
4. BULGULAR.....	42
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI	42
4.2. Klinik Özelliklerin Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	45
4.3. Ölçek Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	46
5. TARTIŞMA.....	50
5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	50
5.2.KLİNİK ÖZELLİKLER VE ÖLÇEK PUANLARI	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR	57
8. EKLER.....	72
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI	72
EK 2 – SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....	73
EK 3 – ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİKLERİ ÖLÇEĞİ.....	74
EK 4 – SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ (SİÖ).....	75
EK 5 – CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ	83
EK 6 – POZİTİF VE NEGATİF SEMPTOMLRI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ.....	86
EK 7 – AKIL HASTALIĞINA İÇGÖRÜSÜZLÜK ÖLÇEĞİ (AHİÖ).....	87
EK 8 – BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	89

III. ÖZET

VAKA YÖNETİMİNİN ŞİZOFRENİ HASTALARININ KLİNİK BELİRTİLERİ, SOSYAL İŞLEVSELLİĞİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Dr. Emine AYDIN

AMAÇ: Toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM), hastaların sorunlarına kişiye özel çözümler bulabilmek amacıyla “vaka yönetimi “ yapan servislerdir. Vaka yönetimi sonucunda hastaların tedavi uyumunun artması ile yatış oranlarının ve hastalık belirtilerinin azalması, sosyal işlevselliklerinin artması beklenir. Ülkemiz için oldukça yeni olan “vaka yönetimi “ uygulamalarının yatış oranları ve sosyal işlevselliğe etkisini araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde(TRSM) vaka yönetimi ile en az bir yıldır takip edilen şizofreni hastalarının hastane polikliniklerinden takip edilen şizofreni hastalarına göre klinik özelliklerinin, sosyal işlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: DSM- IV tanı kriterlerine göre şizofreni tanısını karşılayan ve Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı olarak hizmet veren Zeytinburnu TRSM’den en az bir yıldır düzenli takip edilen, ardışık olarak seçilmiş 41 hasta ve DSM- IV tanı kriterlerine göre şizofreni tanısını karşılayan ve hastanemiz 9. Psikiyatri polikliniğinden en az bir yıldır düzenli takip edilen, ardışık olarak seçilmiş 41 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta görüşme ve değerlendirmeleri 2013 yılının Şubat ve Aralık ayları arasında yapılmıştır. Her iki gruba sosyodemografik veri formu verilerek hastaneye toplam yatış sayısı, son yıl hastaneye toplam yatış sayısı ve ilaç kullanım şekilleri karşılaştırılmıştır. Ayrıca her iki gruba uygulanan PANSS, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği, Yaşam Niteliği Ölçeği uygulanmış ve ölçek sonuçları kıyaslanmıştır.

BULGULAR: Son yıl ortalama yatış sayıları ve yatış gün sayıları hastane grubunda TRSM grubundan fazla olarak bulunmuştur. Çalışmamızda hastane grubunda %73,2 oranında, TRSM grubunda ise %65,9 oranında çoklu antipsikotik kullanımı tespit edilmiştir. TRSM grubunda çoklu ilaç kullanımında kısmi bir azalma tespit edilmişse de bu azalma istatistiki anlamlılık kazanmamıştır ($p>0,05$). TRSM grubundaki hastaların PANNS toplam, negatif ve genel psikopatoloji alt skorlarındaki ileri derecede anlamlı düşüklük ($p<0,01$), içgörü düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p<0,01$) yükseklik, depresyon puanlarında ise anlamlı ($p<0,05$) düşüklük, sosyal işlevsellik ölçeği toplam puanı ve bağımsız yetkinlik ve iş alt ölçeği puanları dışındaki tüm alt ölçek puanlarında ve yaşam niteliği ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarında anlamlı yükseklik tespit edilmiştir ($p<0,05$).

SONUÇ: TRSM grubunun PANSS puanlarının düşük, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi puanlarının yüksek bulunması vaka yönetiminin başarılı olduğunu göstermektedir. TRSM uygulamalarının içerisine sosyal biliş eğitimlerinin dahil edilmesi ve bu eğitimlerin etkinliğinin araştırılması yol gösterici olabilir. Hastane grubu ve TRSM grubunda benzer düzeyde çoklu antipsikotik kullanımı olduğu görülmüştür ve çoklu ilaç kullanımının önüne geçebilmek amacıyla hekimlerin ilaç yazma tutumlarına yönelik uygulamaların geliştirilmesi ve sonuçlarının araştırılması yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Şizofreni, Vaka Yönetimi, Sosyal İşlevsellik, Yaşam Kalitesi

İletişim: draydineminedr@gmail.com

IV. ABSTRACT

THE EFFECTS OF CASE MANAGEMENT ON CLINIC SYMPTOMS, SOCIAL FUNCTIONING AND LIFE QUALITY OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS

Dr. Emine AYDIN

INTRODUCTION: Community Mental Health Centers provide services of case management to provide personalized solutions to patients' problems. Increased patient compliance and social functioning along with decreased symptoms and hospitalization are anticipated as a results of case management. Limited research has been conducted concerning decreased hospitalization and increased social functioning with case management which is a newly implemented concept in Turkey.

AIM: To investigate the possible spesific effect of case management through research comparing patients followed at hospital outpatient clinics for a year to patients followed at Zeytinburnu Community Mental Health Center [Zeytinburnu CMHC] (where a "strong suits approach" care plan is implemented) for a year, in terms of clinical aspects, social functioning and quality of life.

METHOD: 41 consecutive patients at least one year regularly followed up at Zeytinburnu CMHC which bear schizophrenia diagnosis regarding to DSM-IV diagnosis criterion and 41 consecutive patients at least one year regularly followed up at Bakirkoy Research & Training Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery 9th psychiatry outpatients clinic which bear schizophrenia diagnosis regarding to DSM-IV diagnosis criterion were included. Sociodemographic data form were given to both groups and total number of hospitalizations, number of hospitalizations in the last year and drug therapy administration routes of study groups were compared. The PANNS, Scale of Unawareness of Mental Disorder, Calgary Depression Scale, Social Fuctioning Scale, and The Quality of Life Scale scores of study groups were compared.

RESULTS: Mean number of hospitalizations was 0.70 ± 0.78 for the hospital group and 0.19 ± 0.40 for the CMHC group; the difference was statistically highly significant. Multiple antipsychotic use was determined as 73.2% for the hospital group and 65.9% for the CMHC group. Although multiple antipsychotic use was slightly less for the CMHC group, this did not reach statistical significance ($p>0.05$) PANNS total, negative and general scores as well as unawareness scores were different to a statistically highly significant ($p<0.01$); while depression, social functioning and quality of life scores were different to a statistical significant degree ($p<0.05$).

DISCUSSION: PANSS scores of CMHC were low, social functioning and quality of life scores were high; which points to success of case management. Incorporating interventions such as social cognition training into the CMHC services and investigation of effectiveness of this training may be a guide. Smilarly, in both group of CHMC and hospital patients, multiple antipsychotic use was found. To prevent polypharmacy, improvement of implementations concerning the prescription habits of physicians and research of its results may be profitable.

Key Words: Community Mental Health Center, Schizophrenia, Case Management, Social Functioning, Life Quality

Contact Address: draydineminedr@gmail.com

V. KISALTMALAR

APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
CŞDÖ	: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
DSM-I,II,III,IV,IV-TR,V	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Birinci, İkinci, Üçüncü, Dördüncü, Dördüncü Yeniden Düzenlenmiş, Beşinci Baskı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektro Konvulzif Tedavi
ICD-9,10	: Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması, Dokuzuncu, Onuncu Baskı
AİHÖ	: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği
PANNS	: Pozitif ve Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği
SiÖ	: Sosyal İşlevsellik Ölçeği
SD	: Standart Sapma
SPSS	: Statistical Program for Social Sciences
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHOQOL	: World Health Organization Quality Of Life Instrument
YNÖ	: Yaşam Niteliği Ölçeği
BPRS	: Brief Psychiatric Rate Scale

VI. TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Şizofrenide Yaygınlık.....	7
Tablo 2: Vaka yönetiminde ana sorumluluk alanları ve beklenen görevler	36
Tablo 3: Sosyodemografik Sürekli Verilerin Gruplar Arası Karşılaştırılması	43
Tablo 4: Sosyodemografik Kesitli Verilerin Karşılaştırılması	44
Tablo 5: Hastane Ve TRSM Grubunun Hastalık Süresi ve Yatış Sayıları Açısından Karşılaştırılması.....	45
Tablo 6: İlaç Kullanım Şekillerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	46
Tablo 7: Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 8: Hastane ve TRSM grubunda ölçek puanlarının birbiri ile ilişkisi.....	49

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. GİRİŞ

Gelişmiş ülkeler 1960'lerden itibaren hastane temelli modeli; hastalığı önlemede ve tedavi sonrası iyilik halini sürdürmede yetersiz kalması ayrıca yoğun insan hakları ihlallerine sebep olması nedeniyle terk etmeye başlamışlardır (1). Bu süreçte bir yandan toplum temelli ruh sağlığı servisleri açılırken bir yandan da depo hastane diye nitelendirilen büyük hastanelerin yatak sayıları azaltılmıştır (2). “Kurumdışlaştırma” olarak adlandırılan bu sürecin sonucunda, büyük depo hastanelerde yatan hastaların toplum içerisinde daha küçük özelleşmiş merkezlerde yaşamalarının sağlanması, hastaneye uygunsuz yatışların önlenmesi ve hastaların sürekli toplumsal destek sistemlerine kavuşmalarının sağlanması amaçlanmıştır. Başlangıçta doyurucu sonuçlar alınmamıştır çünkü ilk planda büyük hastanelerde yaşayan hastaların boşaltılmasına odaklanılmış, yeni ya da toplum içerisinde yaşayan hastalara yönelik hizmetlerde değişiklikler ikinci planda tutulmuştur. Bu durumun fark edilmesiyle de kurumdışlaştırma süreci yerini, akıl hastaneleri ile toplum temelli psikiyatri servislerinin dengeli ve işbirliği içerisinde çalıştığı bir sisteme bırakmıştır(3). Bu doğrultuda dengeli bir akıl sağlığı sisteminin aşağıdaki özellikleri taşıması beklenmektedir:

- 1- Evlere yakın ve genel hastane içerisinde küçük akıl sağlığı servislerinin yatışlar için kullanılması
- 2- Barınma problemi olan ya da uzun dönemli bakım gerektiren hastaların uzun dönemli yatışlarının toplum içerisindeki bakım merkezlerinde olması
- 3- Semptomlar kadar yeti kaybına yönelik müdahalelerin yapılması
- 4- Rehabilitasyon ve tedavi sonrasında korumalı işyerlerine yönlendirilmesi
- 5- Bireye özgü tedavi ve bakım planlarının oluşturulması
- 6- Sağlık çalışanlarıyla sosyal servislerin koordinasyon içinde çalışması
- 7- Evde tedavi imkanını sağlayan mobil servislere sahip olması (3,4)

Toplum temelli dengeli modelde en önemli farklardan birisi bütüncül sistem planı olarak adlandırılan toplum içerisindeki ilgili tüm servislerin koordinasyonu ile tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulmasıdır. Bu modelde hastane tedavi sunan kurumlardan bir tanesi olarak yer almakta ve merkezi konumunu yitirmektedir. Modelde yer alan diğer kurumlar toplum ruh sağlığı merkezleri, günlük bakım ve uzun süreli bakım sunan servislerdir (3,4).

Toplum temelli dengeli model her ülkede hatta her bölgede eşit derecede gelişmemiştir. Bu doğrultuda toplum temelli akıl sağlığı sistemleri verilen hizmetlerin düzeyine göre basit, orta ve ileri düzey olarak sınıflandırılmaktadır(5,6). Verilecek hizmetlerin belirleyicisi olan temel unsurlar ülkenin sağlık bütçesi, ülkenin akıl sağlığı konusundaki yaklaşım tarzı ve politik kararları, yerel yönetimlerin insan ve maddi kaynakları, akıl sağlığı için bölgede yaşayan bireylerin kişisel ihtiyaçları ve insanların yardım arama davranışı tarzlarındaki farklılıklardır(3). Özellikle bölgesel anlamda hastalık sıklığı bu noktada ihtiyaçları karşılamada en önemli unsur olarak durmaktadır (3). Yeterli kaynak ayrılmış olan ve vaka yönetimi ile yakından izlem yapan TRSM'lerde hastaların; yatış oranlarının ve hastalık belirtilerinin azalması, sosyal işlevselliklerinin ve yaşam kalitelerinin ise artması beklenir(6). Bu göstergelere göre ayrılan kaynağın ve ekibin çalışma düzeninin gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Ülkemizde de özellikle son yıllarda ruh sağlığı hastanelerinin ekonomik açıdan desteklenmesi bu kurumlarda önemli iyileşmeler yapılmasını ve hastaların aldığı hizmetin kısmen iyileşmesini sağlamış olsa da hastane temelli modelin varoluşsal açmazları nedeniyle henüz ruh sağlığı hizmetlerinde çağdaş standartlar yakalanamamıştır (1).

Uluslararası gelişmeler doğrultusunda ve 2006'da Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası önerileri doğrultusunda ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili geliştirme çalışmalarına 2008 yılı içerisinde başlanmıştır. Sistemin açılacak toplum ruh sağlığı merkezleri aracılığı ile yaygınlaştırılması planlanmıştır (7).Bu merkezlerde birinci planda ağır ruhsal bozukluğu olan şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklara sahip hastalar ile ağır yeti yetiminin yaşandığı bipolar hastaların takiplerinin yapılması planlanmıştır. Bu merkezlerde hastaların tedavisi ve rehabilitasyonunun sürdürülmesinin yanında, hastaların yaşadığı sosyal, ekonomik ve hukuki sorunlara yönelik müdahaleler ya da katkıların yapılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Mayıs 2008 yılında pilot uygulama olarak Bolu Toplum Ruh sağlığı merkezi ve ardından 2009 yılında Zeytinburnu Toplum Ruh sağlığı merkezi faaliyete açılmıştır. Toplum ruh

sağlığı merkezlerinin fiziki yapısı, bu merkezlerde çalışacak personelin sayısı, çeşitliliği, görev dağılımı, çalışma biçimi ve yürüteceği faaliyetler 16/02/2011 tarihinde yayınlanan yönerge ile netleştirilmeye çalışılmıştır.

Ülkemizde oldukça yeni olan toplum temelli ruh sağlığı hizmet sunumu orta düzey ülkelerin modellerine benzer şekilde yapılandırılmıştır. Hastalar vaka yönetimi yapan TRSM ekibi tarafından bakım planları ile izlenmekte, gezici ekip ile yerinde takip ve tedavileri yapılmakta, psikososyal eğitimler ve iş uğraşı faaliyetleri ile hastalara yeni beceriler kazandırılmaktadır. Ancak örneğin henüz herhangi bir erken müdahale veya krize müdahale faaliyeti sunulmamaktadır. Ayrıca “olgu yönetimi “ uygulamalarının yatış oranları ve sosyal işlevselliğe etkisini araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır (8,9).

1.2. AMAÇ

Zeytinburnu TRSM’de vaka yönetimi temelinde sunulan hizmetler ile en az bir yıldır takip edilen hastaların, sadece hastane poliklinik koşullarında en az bir yıldır takip edilen hastalara göre sosyodemografik özellikleri, hastalık belirtileri, sosyal işlevsellikleri, içgörü düzeyi, depresif belirtileri ve yeti kayıpları açısından durumlarını araştırmak amaçlanmıştır. Zeytinburnu TRSM uygulamasında ruhsal toplumsal destek tedavilerin (ihtiyaçların karşılanması, yaşam becerileri kazandırma, Bilişsel Davranışçı Terapi, problem çözme vb.) etkisini ortaya çıkarmak hedeflenmiştir(10).

Çalışma; henüz orta düzey TRSM hizmetlerinin sunulduğu Zeytinburnu TRSM’den takip edilen hastaların

1-Sadece biyolojik tedaviler ile takip edilen hastalara göre hastalık belirtilerinde, hastaneye yatış sayılarında, çoklu ilaç kullanımlarında ve tedavi uyumlarında düzelme olacağı

2-Yaşam niteliği ve sosyal işlevselliklerinde iyileşme olacağı hipotezleri üzerine şekillenmiştir. Elde edilecek sonuçların TRSM yapılanması ve faaliyetlerinin şekillenmesine katkıda bulunması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ŞİZOFRENİ

2.1.1. Tanım

Şizofreni, toplumun yaklaşık olarak %1'ini etkileyen, kişilerarası ve mesleki işlevselliği bozan ve yeti yitimine yol açan, süreğen seyirli çok yönlü bir hastalıktır (11). Şizofreni düşünce, algı ve duygulanım semptomlarının bulunduğu, kişinin uyum ve işlevsellik düzeyini belirgin olarak bozan, etyolojisi tam olarak belirlenememiş, farklı klinik görünümleri olan kronik ve şiddetli seyreden bir mental hastalıktır. Şizofrenili hastalarda temel olarak sanrı ve varsanılarının oluşturduğu gerçeği değerlendirme yetisinde bozukluk, negatif belirtilerden oluşan psikomotor yoksulluk, garip davranış ve pozitif yapısal düşünce bozukluğunu içeren dezorganizasyon gözlenir(12). Hastalığın temel belirtileri; sanrılar, varsanılar, dezorganize konuşma ve hareketler, uygunsuz duygulanım, bilişsel kayıplar, psikososyal işlevsellikte bozulmadır(13). Hastalığın karakterine ve uygulanan tedaviye bağlı olarak şizofreni hastaları günlük yaşam aktivitelerinde, motivasyonlarında, iletişim becerilerinde, üretkenlik ve uyum gibi alanlarda sorunlar yaşamaktadırlar.

2.1.2. Tarihçe

Şizofreni, çok eski tarihlerden beri bilinmekle birlikte psikiyatrik bir hastalık olarak kabul görmesi nispeten yenidir. Şizofreni kelimesi, Yunanca ayırık veya bölünmüş anlamına gelen "şizo" ve akıl anlamına gelen "frenos" sözcüklerinin birleşiminden meydana gelmektedir (14). Ortaçağda, şizofreninin psikotik belirtileri doğüstü güçlere bağlanmış ve şizofreni hastalarının lanetlenmiş olduğu düşünülmüştür. Bu dönemde batı toplumlarında hastalar belirgin olarak ayrımcılığa uğramışlardır. Aynı dönemde İslam dünyasında ise klinisyenler ruh hastalarına karşı hoşgörüyü egemen kılmışlardır. Kudüs ve Bağdat gibi kentlerde sekizinci yüzyıldan itibaren ruh hastaları

için hastaneler yapılmış; İbni Sina'nın "Kanun" adlı kitabında on iki çeşit ruh hastalığı tanımlanmıştır.

Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde Anadolu'da kurulan "Bimarhane"lerde ruh hastalarına bakım ve tedavi uygulanmıştır (15).

Hastalığın ilk olarak tanımlanması 1800'lü yılların ikinci yarısına rastlamaktadır. Morel 1860 yılında, ergenlik döneminde başlayan yıkımla süregelen bu hastalığa "dementia precoce" adını vermiştir. 1863 yılında Kahlbaum "praphrenia hebetica" terimini kullanmıştır. Hecker 1871'de "hebefreni" olarak tanımladığı hastalıkta hastaların garip davranışlarını kaydetmiş; Kahlbaum 1874 yılında katatonik semptomları tanımlamıştır (16,17,18). Şizofreniye bakış açımızda büyük çığır açan Emil Krapelin hastalığın katatonik, hebefrenik tiplerine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek bu tipleri "dementia praecox" tanımı kapsamına almıştır (17). Bu terimle bilişsel bozulma (dementia) ve praecox (erken başlangıç) arasındaki farkı vurgulamaya çalışmıştır. Bu hastalarda sanrı ve varsanılarının en belirgin belirtiler olduğunu ve hastalığın süregelen yıkımla seyrettiğini belirtmiştir(17). Krapelin, normal işlevselliğin olduğu ancak alevlenmeler gösteren hastalığı manik depresif psikoz olarak tanımlayıp bu hastaların ayrımını da yapmıştır. Ayrıca, paranoid hastaların inatçı persekutuar sanrılarının bulunduğunu, hastalığın yıkımlı bir gidişata sahip olduğunu, manik depresif psikozdan farklı olarak semptomların süregelen karakterde olduğunu belirtmiştir (17,18,19). Krapelin, kişide bilinç, affekt ve irade alanlarında tam bir yıkımla giden dementia praecox'un psikotik belirtilerinin organik etyolojiye sekonder geliştiğini vurgulamıştır (19). İsviçreli Eugen Bleuler 1911 yılında yayınladığı "Dementia Praecox veya Şizofreniler Grubu" adlı kitabı ile yeni bir çığır açmış ve "dementia praecox" teriminin "şizofreni grubu hastalıklar" olarak değiştirilmesini önererek, Kraepelin'in sandığı gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını göstermiştir. Bleuler, şizofreni hastalarındaki zihinsel bölünme teorisi için primer belirtileri tanımlamış ve bu temel belirtileri şizofreninin 4A'sı olarak isimlendirmiştir. Bleuler, temel olarak patolojinin çağrışım bozukluğunda olduğunu, bunun yanında ambivalans, otizm ve duygulanım bozukluğunun da gerektiğini, bu semptomlara "birincil" denmesi gerektiğini ifade etmiş; varsanı, sanrılar, katatoni ve motor bozuklukları ise "ikincil belirtiler" olarak vurgulanmıştır (16,18,20). 20. yüzyıl ortalarında Kurd Schneider, şizofreni tanısı için, kendilik ve dış dünya arasındaki engeli

bozan 11 tane birinci sıra bulgusu tanımlamıştır (18). Bunlar; düşünce çekilmesi, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, kişinin kendisi hakkında konuşan, tartışan ve davranışları ile ilgili yorum yapan, emir veren sesler, düşüncenin, hareketin ve eylemin dışarıdan kontrol edilmesi gibi yaşantılardır. Schneider'in birinci sıra bulguları yaygın olarak kabul görmüş olup, günümüz tanı sistemlerinde bu bulgular önemli bir yer tutmaktadır. 1980 yılında Timothy Crow'un şizofreninin pozitif ve negatif olmak üzere iki ayrı tipi olduğunu öne süren makalesi büyük ilgiyle karşılanmıştır. Pozitif ve negatif belirtilerin Kraeplin döneminden beri bilinmesine rağmen şizofrenin belki de ilk kez biyolojik karşılığı bulunan klinik alt gruplara ayrımı, pozitif-negatif ya da tip 1-tip 2 tanımlamalarıyla gerçekleşmiştir. Negatif belirtilerin şizofren hastaların toplumsal yaşantıya uyum sağlamalarında önemli olduğunun fark edilmesiyle birlikte Bleuler'in şizofrenide asıl belirtilerin ambivalans ve otizm (bugünkü terminolojide negatif belirtiler) olduğu görüşü yeniden değer kazanmaya başlamıştır (12,18,21).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 1952 yılında yayımlanan DSM-I sınıflandırmasında, şizofrenik reaksiyonlar tanımı kullanılmış, 1968'de yayımlanan DSM-II'de ise şizofrenik reaksiyon terimi bırakılarak, şizofrenik bozukluklar içinde "latent şizofreni" kavramına yer verilmiştir. 1980 yılında yayımlanan DSM-III dahil etme ve dışlama ölçütlerinin kullanıldığı ilk resmi tanı sistemi olmuştur. DSM-III'de şizofreni tanısı konulabilmesi için, Schneiderien belirtilerin olduğu bir akut dönemin bulunması, organik etkenlerin, duygudurum bozukluklarının ve zeka geriliğinin dışlanması, hastalığın 45 yaşından önce başlamış olması ve semptomların altı aylık süre boyunca devam ediyor olması gibi koşullar getirilmiştir. 1987 yılında yayımlanan DSM-III-R'de şizofreni tanı ölçütlerinde yaş sınırlaması ve zeka geriliğinden dolayı olmama koşulları kaldırılmıştır. 1994 yılında DSM-IV yayımlanmış ve 2000 yılında revize edilmiştir. DSM-IV-R şizofreni ile ilgili tanıları şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında sınıflandırmıştır (21,22,23,24). 2013 yılında yayımlanan DSM-V'de ise şizofreninin gidiş belirleyicileri tasarlanmış, katatoni var olup olmadığı, ilk dönem, çoğul dönem akut dönem ve remisyon, sürekli gidiş gibi belirleyiciler tanımlanmıştır (24).

Dünya Sağlık Örgütü, ilk kez 1948 yılında yayımlanan "Uluslararası Hastalık, Yaralanma ve Ölüm Nedenleri El Kitabı"nda ruhsal hastalıklara yer vermiştir. Örgüt, 1960'lardan itibaren birtakım çalışmalar sürdürmüş ve 1975 yılında "Ruhsal ve

Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması-9” (ICD-9) ve 1992 yılında da “Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması-10” (ICD-10) isimli tanı kılavuzlarını yayımlamıştır. ICD-10’da şizofreni ile ilgili konular şizofreni, şizotipal ve sanrılı bozukluklar başlığı altında ele alınmıştır (24,25,26).

2.1.3. Epidemiyoloji

Şizofreni, her toplum ve her coğrafi bölgede görülen bir bozukluktur. Coğrafi dağılım olarak tüm dünyada şizofreni, insidans ve prevalans değerleri benzerlik göstermektedir (17). Yapılan değişik çalışmalarda şizofreni insidansı 0.1-0.7/1000; prevalansı ise 0.6-7.1/1000 olarak rapor edilmiştir (18).

Tablo 1: Şizofrenide Yaygınlık

Çalışma	Bildirilen Oranlar (binde)
Goldner 2002 (gözden geçirme) Bir yıl Yaşam	(birleşik) 3,4 (2-10)* 5,5 (4-22)*
Saha (gözden geçirme) Nokta Dönem Yaşam Yaşam boyu morbidite riski	(medyan) 4,6 (1-10)↑ 3,3 (1,3-8,2)↑ 4,0 (1,8-11,6)↑ 7,2 (3,1-27,1)↑
Perala 2007 (toplum çalışması) Yaşam	8,7

* aralık

↑10-90’lık kesimler

Bazı gözden geçirmelerde, şizofreninin sıklığının erkek ve kadınlar arasında farklı olduğu ve erkek/kadın oranının 1.4 olduğu bildirilmiştir (27). Aleman ve arkadaşları 1980 öncesi yapılan çalışmalarda farkın daha küçük olduğunu, erkek ve kadın arasındaki farkın son 30-40 yılda belirginleşmeye başlamış olabileceği olasılığını vurgulamışlardır (28).

Şizofreni sıklığı erkeklerde 25-35 yaş arasında, kadınlarda yaklaşık beş yıl sonra zirve yapmaktadır. Kadınlarda 55-64 yaşlarında bir zirve daha görülmektedir. Hastalığın 10 yaşından önce ve 60 yaşından sonra başlaması nadirdir (17,29).

Kadınlar hastalığın erken dönemlerinde erkeklere göre hastalığı daha hafif geçirmekte, fakat daha sonraki yıllarda erkeklerde belirtilerin şiddeti azalma eğilimi gösterirken kadınlarda hastalık seyri daha kötü olabilmektedir (30).

Faris ve Dunham hem şehir etkisi hem sosyoekonomik düzey konusundaki klasik çalışmalarında şizofreni hastalarının, diğer rahatsızlıklardan farklı olarak şehirleşmiş, sosyal yapısı bozuk bölgelerden geldiğini, daha yüksek ekonomik düzeyde kişilerin yaşadığı bölgelerde şizofreninin daha az görüldüğünü göstermiştir (31).

Ülkeler arasında sıklığın farklı olabileceği gösterilmişse de şizofreninin ırklara göre daha az veya çok görüldüğünü düşündürecek veri yoktur.

Göçmenlerde şizofreni riskinin 2-13 kat arttığı, özellikle Hollanda ve İngiltere’de yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (30). Evli kişilerde, bekâr ve ayrı yaşayanlara göre prevelansın daha düşük olduğu ve evliliğin hastalığa karşı koruyucu bir unsur olduğu ileri sürülmektedir. Evlenmemiş şizofreni hastalarının premorbid işlevselliğinin daha kötü olduğu, psikozun daha erken yaşta başladığı ve hastalığın daha kötü bir gidiş gösterdiği izlenmektedir (17,21,24,33,34).

Güncel çalışmalar şehirde doğmanın/büyümenin şizofreni ve psikoz/psikotik belirtiler için gerçek bir çevresel risk etmeni olduğunu, şehirde doğan/büyüyen kişiler için şizofreni riskinin 2 ila 4 kat arttığını göstermektedir (35,36,37). Kış sonu - bahar başı doğanlarda şizofreni ve diğer psikozlar için küçük ama istatistiksel olarak anlamlı bir risk artışı olduğu gösterilmiştir (38).

Brown ikinci trimesterde maruz kalınan influenza, pnömoni, tuberküloz ve akut bronşit gibi birçok solunum yolu enfeksiyonunun şizofreni spektrum bozuklukları için riski anlamlı düzeyde arttırdığını (düzeltilmiş risk oranı 2.13) bildirmektedir (39). Postnatal dönemde geçirilen merkezi sinir sisteminin viral enfeksiyonları ve dört yaşa kadar olan çocukluk çağı menenjitlerinin de şizofreni ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (40).

Kanama, diyabet, preeklampsi, Rh uyuşmazlığı gibi hamilelik komplikasyonları, düşük doğum ağırlığı, konjenital malformasyonlar, küçük kafa çevresi gibi fetal gelişim anomalileri ve asfiksi, acil sezeryan, uterus anomalisi gibi doğum komplikasyonları da şizofreni için risk faktörleri arasında sayılmaktadır (17).

2.1.4. Etiyoloji

Tek bir hastalık olarak tanımlanmış olmasına rağmen şizofreni, heterojen etyolojili ortak belirtiler gösteren bozukluklar grubudur (17).

Günümüzde etiyolojide birçok faktörün ortaklaşa etkisinin olduğuna inanılmaktadır. Hastalığın nörogelişimsel veya nörodejenaratif olabileceğine dair tartışmalar hala sürmektedir. Genel olarak kabul gören varsayıma göre hastalığın erken dönemlerinde (özellikle gebeliğin ikinci trimesterinde) bazı genetik ve çevresel etmenler beyin gelişimini bozmakta, beyindeki bu bozukluk hastalığa veya duyarlılığa yol açmaktadır. Yaşamın ilerleyen dönemlerinde kişiyi etkileyen başka biyolojik ve psikolojik etmenler şizofreniyi ortaya çıkarmaktadır (41).

Psikiyatrik bozuklukların günümüz değerlendirmeleri en az dört öğenin bileşimini içermelidir: Genetik yatkınlık, yaşam stresörleri, bireyin kişiliği, stresle başa çıkma becerileri, birey ve genomu üzerine etkili virüs toksin ve çeşitli hastalıklar gibi çevresel etkiler (42).

2.1.5. Şizofreni Tanısı

Şizofreni, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)'te en az 6 ay süren ve en az 1 ayı aktif dönem belirtilerini (hezeyanlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma, ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış ve negatif belirtilerden iki yada daha fazlasını) içeren bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (43).

2.1.5.1. DSM-IV-TR Şizofreni Tanı Ölçütleri

A.Karakteristik belirtiler: Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

1. Hezeyanlar (sanrılar),
2. Halüsinasyonlar (varsanılar),

3. Dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. çağrışımlarda dağınıklık [sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans),

4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış,

5. Negatif belirtiler, yani duygulanım ifadesindeki donukluk (tekdüzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolisyon.

Not: Hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir.

B. Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmiş ise daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örn. acayip inanışlar, olağan dışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D.Şizoaffektif bozukluğun ve duygudurum bozukluğunun dışlanması: şizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya aktif-evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda majör depresif, manik ya da mikst epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da aktif-evre belirtileri sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir yaygın gelişimsel bozuklukla olan ilişkisi: Otistik bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa şizofreni ek tanısı konabilir (24).

2013 yılında yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V)'da ise şizofreninin A ölçütünde bazı değişiklikler yapılırken B ve F ölçütlerinde değişiklik yapılmamıştır. DSM-IV'de A ölçütünde sayılan belirtilerden en az ikisinin bulunması gerekliliği belirtilmesine rağmen “eğer hezeyanlar bizar ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir belirtinin bulunması yeterlidir” şeklinde bir ifade kullanılmakta idi. DSM-V önemli bir değişiklik getirmiş ve Schneideryen belirtilere tanıdığı ayrıcalığa son vermiştir. Şöyle ki, daha önce tek bir Schneider belirtisi diğer iki belirtiyeye eşdeğer sayılırken DSM-V'te bu özellik kaldırılmıştır. Buna ek olarak tanı konabilmesi için A ölçütünde belirtilen maddelerden 1, 2 veya 3 numaralı olanlardan en az birinin bulunması gerekliliği getirilmiştir (24).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ICD-10 tanı kılavuzunda ise DSM-IV-TR' den farklı olarak; şizofreni tanısı için psikotik belirtilerin bir aydır devam ediyor olmasının yeterli olduğu belirtilir, 6 aylık süre koşulu aranmaz. Ancak, tipik şizofreni belirtileri ortaya çıkmadan önce prodromal bir dönemin olabileceğini kabul eder. ICD-10'da işlevsellikte bozulma şizofreni için bir tanı ölçütü değildir (44). DSM-IV-TR' de klinik özellikler, tedavi yanıtı ve seyir esas alınarak şizofrenide 5 alt tip tanımlanmıştır (24):

1. Paranoid tip
2. Dezorganize tip
3. Katatonik tip
4. Farklılaşmamış tip
5. Rezidüel tip

DSM-V’de bu alt tipler kaldırılmıştır. Değişikliğin nedeni olarak ise bu alt tiplerin az kullanılması ve bu alt tiplerin varlığını düşündüren çalışmaların yöntem açısından zayıf yanları gösterilmektedir. Ancak katatoninin bir ek tanımlayıcı olarak, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar bölümünde yer alan tüm klinik tablolarla kullanılması önerilmektedir.

2.1.5.2. Klinik Özellikler

Şizofreni çok geniş bir yelpaze içerisinde yer alan ruhsal belirtilerin bir araya gelmesi ile oluşan bir sendromdur. Hiçbir klinik bulgu şizofreni için patognomonik olmadığı gibi; şizofrenide görülen her belirti ve bulgu başka psikiyatrik ya da nörolojik bozukluklarda da görülebilir.

Şizofreni hastalarının öyküsü incelendiğinde hastalık öncesinde şizoid ya da şizotipal kişilik özellikleri gösterdikleri, sessiz, içe dönük ve edilgen oldukları öğrenilir. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ya çok az arkadaşları vardır ya da hiç arkadaşları yoktur. Hastalık öncesi belirtiler hastalığın bir parçasıdır ancak geriye yönelik değerlendirildiğinden geçerliliği düşüktür. Şizofreni hastalarında hastalık öncesi dönemde, bedensel yakınmalar bulunabilir.

Bu kişiler büyüsel düşünce tarzı, alışılmadık konuşma içeriği veya halüsinatuar deneyimlerle karışık anormal duygulanım sergileyebilirler. Hastalık öncesi dönemde hastalarda kişilik değişiklikleri, içe-çekilme, azalmış mesleki ve akademik performans, önceden zevk veren aktivitelere karşı ilgi kaybı, obsesif-kompulsif davranışlar, kişisel bakımda azalma, sinirlilik, sığlaşmış duygulanım, büyüsel düşünce ve artmış saldırganlık bulunabilir. Hastalık öncesi belirtiler aylar ve yıllar sürebilir (32,45,46).

Klinikte, pozitif belirtiler olarak nitelenen algı bozukluğu (halüsinasyon), düşünce bozukluğu (hezeyan), katatoni, kavramsal dezorganizasyon ve dezorganize konuşma; negatif belirtiler olarak nitelenen sığ affekt, apati, anhedoni, aloji, avolüsyon, dikkat ve motivasyon azlığı, iş yaşamı ve kişiler arası ilişkilerde bozulmanın yanı sıra affektif, bilişsel ve işlevsel belirtilerle düşmanca davranışlara rastlanmaktadır. Şizofrenide görülen affektif belirtiler anksiyete, disfori, suçluluk duygusu, intihar düşüncesi, duygudurum dalgalanmalarıdır. Bilişsel belirtiler ise dikkat, öğrenme, bellek, sözel ifade ve soyutlama işlevlerinde bozulmadır (47).

Genellikle 15-45 yaş arasında çoğunlukla 18-25 yaşlarında başlar. Ne kadar erken başlarsa prognoz o kadar kötüdür. Kadınlarda prognoz biraz daha iyidir.

Şizofrenide üç ayrı semptom kümesi tanımlanmıştır (20). Bunlar;

-Pozitif belirtiler; hezeyanlar, hallüsinasyonlar ve yapısal düşünce bozukluğu ile karakterizedir. Hezeyanlar çoğunlukla paranoid veya bizar doğada olmakla birlikte diğer hezeyan tipleri görülebilir. Hallüsinasyonlar çoğunlukla işitsel olmakla birlikte diğer duyu alanlarına uyan hallüsinasyonlar da görülür.

-Dezorganizasyon; çağrışımlarda çözülme, enkoherans, uygunsuz duygulanım ve düşüncede fakirleşmeyi kapsar.

-Negatif belirtiler; duygulanımda sığlaşma, spontanlığın kaybı, irade azlığı, enerji düzeyinde düşme ve zevk alamamayı içerir.

Şizofreninin klinik belirtilerini ilk tanımlayanlar Kraepelin ve Bleuler olmuştur.

Bleuler' in Şizofreni Belirtileri:

A- Temel Belirtiler:

- 1- Duygulanımda bozukluk
- 2- Çağrışımlarda bozukluk
- 3- Ambivalans
- 4- Otizm
- 5- Bilinç, yönelim ve bellekte temel bozukluğun olmayışı

B- İkincil Belirtiler:

- 1- Sanrılar, kalıplaşmış, yineleyici fikirler ve uğraşlar
- 2- Varsanılar, yanılsamalar
- 3- Devinim bozuklukları

K. Schneider'e göre Şizofreni Belirtileri:

A- Birinci Sıra Belirtiler:

- 1- İşitme halüsinasyonları
- 2- Kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini duyma
- 3- Somatik pasivite
- 4- Düşünce çalınması, düşünce sokulması ve düşüncelerinin etki altına alınması
- 5- Düşüncelerin başkalarınca okunması ve çevreye yayılması
- 6- Sanrısız algılama
- 7- Duygu, irade ve dürtülerin dış güçlerce etkilenip denetlendiği duygusu.

B- İkinci Sıra Belirtiler:

- 1- Halüsinasyonlar
- 2- İllüzyonlar
- 3- Referans fikirleri, hezeyanlar
- 4- İntihar ve homisid
- 5- Ekolali, ekopraksi
- 6- Negativizm
- 7- Depersonalizasyon
- 8- Mannerizm, stereotipi (19)

2.1.5.3. Gidiş ve Sonlanım

Şizofreninin uzun dönemde farklı gidiş özellikleri gösterebileceği bilinmektedir. Hastalık her zaman yıkımla sonlanmasa da genelde hasta için belirgin ve uzun süreli olumsuz sonuçları olmaktadır (47). Hastalık klasik olarak kronik tabloya akut alevlenmeler ve remisyonların eşlik etmesiyle seyreder. Kişilik değişikliklerinin görülebildiği, kişinin yavaş yavaş içine kapanmaya, kendine özgü bir dünyaya girmeye başladığı, çok sayıda olgunun ise özellikle adolesan dönemde yoğun prepsikotik anksiyete belirtileri gösterdiği, kendi bedeni ile yoğun uğraşı sergilediği, öz bakım ve kişilerarası ilişkilerin ihmal edilebildiği prodromal bir dönemin ardından; bazı hastalarda hastalık yıllarca sinsi ve yavaş bir seyir sürerken arada aktif hastalık

dönemleri, akut alevlenmeler ortaya çıkabilir. Bu dönemler kendiliğinden ya da tedaviyle yatıştır. Bundan sonra, gene çok yavaş ilerleyen ve daha çok negatif belirtilerin baskın olduğu, rezidüel şizofreni türüne dönüşebilir (16). Hastalık tanısı konduktan sonraki ilk beş yıl içerisindeki hastalık biçimi genellikle hastalığın gidişinin nasıl olacağı hakkında fikir verir. Geçirilen her psikotik atak hastanın işlevselliğinde daha fazla yıkıma neden olur. Bazen psikotik atağı depresyon izler. Zaman içerisinde hastalığın pozitif belirtilerinin şiddeti azalma eğilimi gösterirken, sosyal yıkıma neden olan negatif belirtiler ve eksiklik belirtileri ön plana çıkabilir (22,48).

Kraepelin ve Bleuler şizofreninin kronik ve yıkımla giden bir hastalık olduğunu söylese de günümüzde uzunlamasına yapılan çalışmaların verileri, antipsikotik kullanan hastaları da kapsamaktadır ve daha iyimser bir prognoz göstermektedir (49).

Şizofreninin gidisi konusunda yapılan çalışmalar, kullanılan tanı ölçütlerinin zaman içinde değişmesi, uzun ve yeterli izlemin yapılamaması, üzerinde anlaşmaya varılmış yaygın bir iyileşme tanımının olmayışı gibi sebeplerden dolayı farklı sonuçlar vermektedir. Huber 1980 yılında yaptığı bir çalışmada %22 şizofreni hastasında tam remisyondan söz ederken, Westmeyer ve arkadaşları 1984' te hastalığın başlangıcından 10 yıl sonra hastalık belirtilerinin görülmediği hasta oranını %25, sosyal bütünleşmenin iyi olduğu hastaların oranını ise %30 olarak bulmuşlardır. Shepherd ve arkadaşlarının 1989 yılında yayınlanan 5 yıllık izlem çalışmalarının sonuçlarına göre; hastaların %13'ü tek bir atak geçirip 5 yıl içerisinde bir daha hastalanmamış, %30'unda hastalık, arada tamamen sağlıklı döneme dönen ya da minimal düzeyde bozukluk gösteren ataklarla seyretmiş, hastaların %10'unda ise hastalık ilk ataktan sonra hiçbir zaman tamamen sağlıklı döneme dönmemiştir. Hastaların %47'sinde ise hastalık her seferinde şiddetleri daha da artan belirtilerle giden epizodik bir seyir izlemiştir (21).

Hastaneye yatarak tedavi görmüş ilk atak şizofreni hastalarının taburcu edildikten sonra düzenli antipsikotik tedaviye rağmen, ilk yıl içinde ikinci bir atak geçirme riskleri yaklaşık %35- %40'tır (50). Atak sayısı arttıkça kronikleşme olasılığı artar. Hastalığın gidiş ve sonlanışını önceden kestirmek hemen hemen olanaksızdır. Hastalığın ancak, ilk tanı sonrası 5 yıllık seyri hastanın gidişatıyla ilgili ipuçları verir (11). Klinik izlem çalışmaları şizofreni hastalarının yaklaşık %30-40'ının orta ve iyi derecede düzeldiklerini, iş, aile ve sosyal uyumlarının iyi olduğunu göstermektedir (11,17).

Ölüm oranı şizofreni hastalarında genel nüfusa göre iki kat daha fazladır. Şizofreni hastalarında en önemli ölüm nedenleri intihar, kazalar ve diğer hastalıklardır(51).

Şizofrenide Olumlu Prognoz Göstergeleri (47):

-Hastalık öncesi kişiliğin sağlıklı olması: Çevreye uyum sağlayabilme, sağlıklı kişiler arası ilişki kurabilme, sağlıklı ve dengeli duygusal ve cinsel yaşamın olması.

-Hastalık öncesi işlevselliğin sağlıklı olması. Sağlıklı bir ev ve aile yaşamının, sağlıklı okul ya da iş yaşamının olması.

-Zeka düzeyinin normal olması.

-Orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olması.

-Kadın cinsiyet.

-Evli olmak.

-Prenatal komplikasyonların olmaması.

-Ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması.

-Hastalığın yirmili yaşlar ve sonrasında başlaması.

-Hastalığın akut biçimde başlaması (52).

-Hastalığın bir stresle bağlantılı olarak ortaya çıkması.

-Hastalık başlangıcında konfüzyon ve atipik belirtilerin varlığı.

-Dezorganizasyon ve negatif ve bilişsel belirtilerin olmaması (tartışmalı).

-Depresif belirtilerin varlığı.

-Hastalık alt tipinin katatonik, paranoid olması.

-Yapısal beyin anomalisi ve patolojisinin bulunmaması .

-Nörökognisyonun iyi olması.

-Hastalık belirtilerinin “ego distonik” olması.

-Hastanın tedavi uyumunun iyi olması.

-Tedaviye erken başlanması: Katatoni tabloları, intihar, bağımlılık gibi durumlar yönünden olumsuz sonuçları önleyebilir.

-Hastaneye yatış sayısı ve süresinin az olması.

- Ailenin hasta, hastalık ve tedaviye karşı olumlu tutumu.
- Ailede sağlıklı duygu dışı vurumunun varlığı.

Şizofrenide Olumsuz Prognoz Göstergeleri (47):

-Hastalık öncesi kişiliğin sağlıksız olması: Çevreye uyum sağlayamaması, sağlıklı kişiler arası ilişki kuramaması, sağlıksız ve dengesiz duygusal ve cinsel yaşamın olması ve şizotipal, şizoid kişilik yapısı özelliklerinin olması.

-Hastalık öncesi işlevselliğin sağlıksız olması: Ev, okul, aile ya da iş yaşamının sağlıksız olması, sosyal işlevselliğin iyi olmaması.

-Zeka düzeyinin düşük olması.

-Düşük sosyoekonomik düzeyde olması.

-Erkek cinsiyet.

-Hiç evlenmemiş olması.

-Prenatal komplikasyon varlığı.

-Ailede şizofreni öyküsünün bulunması.

-Hastalığın erken yaşta (20 yaş öncesi) başlaması.

-Hastalığın sinsi ve belirgin olmayan biçimde başlaması.

-Hastalığın bir stresle bağlantılı olmadan ortaya çıkması.

-Hastalık başlangıcında konfuzyon gibi belirtilerin olmaması.

-Negatif ve bilişsel bozukluk belirtilerinin varlığı ve yoğunluğu (tartışmalı).

-Dezorganizasyon olması.

-Hastalık alt tipinin basit ya da hebefrenik olması.

-Obsesif kompulsif belirtilerin varlığı.

-Hastalık öncesinde ya da hastalıkla birlikte alkol kullanımı olması.

-Yapısal beyin anomalisi: Ventriküler genişleme ya da atrofi, gibi yapısal anormalliklerin izlenmesi.

-Nörökognisyonun normal olmaması.

-Hastalık belirtilerinin “ego sintonik” olması: hastanın yaşadığı sanrı ve varsanı gibi belirtilerden rahatsız olmaması ve bunları kabullenmesi.

-Hastanın tedavi uyumunun iyi olmaması.

-Tedaviye geç başlanması: Katatoni, intihar, komorbid bağımlılık gibi durumlar yönünden olumsuz sonuçlara neden olabilirse de, defisitler gidişe çok fazla etkili değildir.

-Sosyal izolasyon: Hastanın sosyal yönden izole bir yaşam sürmesi.

-Hastaneye yatış sayısı ve süresinin çok olması.

-Ailenin hasta, hastalık ve tedaviye karşı olumsuz tutumu.

-Ailede sağlıklı duygu dışı vurumunun varlığı.

2.1.6. Şizofreni ve İçgörü Kavramı

İçgörü genel olarak kişinin sorunlarını anlama kapasitesi olarak tanımlanabilir. Jaspers içgörüyü klinik olarak tanımlayan ilk araştırmacılardan biridir, bu günümüzde yerleşmiş anlamı ile bir bütün olarak hastalığının farkında olma, hastalığının belirtilerinin farkında olma olarak tanımlamıştır. Jaspers'e göre psikotik hastalarda içgörü geçici olarak görülebilir, hastalar bazı durumlarda hezeyan ya da varsanılarının gerçekdışı olduğunu farkedebilir, ancak bu sadece bir süre içindir, sonrasında hastalar tekrar bu farkındalıklarını yitirirler. Jaspers (1913) ve Lewis (1934) içgörüyü "uniter" bütün bir özellik olarak ele almış hastanın içgörüsünün olduğunu ya da olmadığını kabul etmişlerdir. Yakın zamanda yapılmış olan çalışmalarda ise bu görüş eleştirilmiş, içgörünün tek bir olgu değil bir kaç alt boyutun birleşiminden oluşan bir yapı olduğu fikri ağırlık kazanmıştır (53,54). İçgörünün 3 alt boyutunun olduğu, bunların hastalığın farkında olma, psikotik yaşantıları anormal olarak değerlendirebilme yeteneği ve tedaviye uyum olarak tanımlanması önerilmiştir (55).

İçgörünün tanımlanan üç boyutunu değerlendirmek için klinisyenler tarafından uygulanan bir ölçek geliştirilmiştir. 7 sorudan oluşan ve klinisyen tarafından uygulanan ölçek 1997 yılında tekrar gözden geçirilmiş ve hasta izlemine katılan hemşirenin doldurabileceği 2. bir bölüm eklenmiştir (56,57). Bunlara ek olarak içgörünün kısmi olabildiği durumlar da tanımlanmıştır; örneğin hastaların varsanı ve hezeyanlarının hastalıktan dolayı ortaya çıktığını bilmeleri fakat bunun tedavi ile düzeleceğine inanmamaları gibi (58). Greenfeld ve arkadaşları içgörüyü geleneksel bakış açısı ile

değerlendirmenin yetersizliğini vurgulayarak 5 ana bölüme ayrılarak incelenmesi gerektiğini önermiştir. Bunlar hastanın belirtileri hakkındaki görüşleri, hastalığın varlığı hakkındaki görüşleri, etiyoloji hakkındaki görüşleri, hastalığın tekrarı için duyarlılık, tedavinin değeri hakkındaki fikri olarak belirtilmiştir (54). Markowa ve Berrios içgörü yalnızca kişinin hastalığını anlaması olarak tanımlanamayacağını, aynı zamanda hastalığın bireyin dünya ile etkileşimini nasıl etkilediğini anlama olduğunu öne sürmüştür. Yazarlara göre içgörü var ya da yok gibi bir belirti olarak değerlendirilemez, sürekli bir duyma ve düşünme biçimidir, içgörünün içsel ve çevresel etkenlerden etkilenerek değişebildiği belirtmişlerdir. Bu görüşleri doğrultusunda geliştirilen Markowa-Berrios içgörü ölçeği 32 sorudan oluşan bir öz bildirim anketidir. Güvenirlilik geçerlik çalışması şizofreni ve depresyon hastalarında gerçekleştirilmiş, bu çalışmada hastalık şiddeti arttıkça içgörü düzeyinin azaldığı, arada ters bir ilişkinin olduğu gösterilmiştir. Entelektüel düzey, geçmiş yaşantılar, kişilik özelliklerinin içgörüyü etkileyen etmenler olduğu sonucuna varılmıştır (59).

Çeşitli çalışmalara göre şizofreni hastalarının %50- %80 arası bir akıl hastalığı olduğunun farkında değildir. Dünya Sağlık Örgütü'nün şizofreni üzerine gerçekleştirdiği uluslararası pilot çalışmada psikotik hastaların büyük çoğunluğunda (%97) içgörünün olmadığı bulunmuştur (60). Psikotik bozukluğu olanların büyük çoğunluğunun zayıf içgörüsü olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (61,62).

Şizofreni hastalarında relapsa neden olan faktörler arasında içgörü yokluğu önemli bir yer tutar. Şizofreni hastalarında içgörünün düşük olması ile tedaviye uyumda zorluk ve psikopatolojide artış birlikte gözükmemektedir (63). İçgörü düzeyi ile sadece pozitif belirtiler arasında doğrusal bağlantı olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi, hem pozitif hem negatif belirtilerin şiddeti ile doğrusal bağlantı olduğunu saptayan çalışmalar da vardır (64,65). 2003 yılında yapılmış olan bir araştırmada şizofrenide içgörü azlığının pozitif belirtilerle ilişkili olduğu, ayrıca içgörü ve yürütücü işlevler arasında olumlu bir ilişkinin olduğu gösterilmiştir (66).

Şizofrenili hastalarda içgörünün kısmi ya da tamamen yok olmasının tedaviye uyumu bozduğu bildirilmiştir (63). Olfson ve arkadaşları, 213 şizofreni ve şizoaffektif bozukluk hastasıyla ilaç uyumunu değerlendirdikleri bir çalışmada; genellikle, hastaların hastaneden çıkışını izleyen ilk 3 ay içinde yaklaşık %50'sinin kısmi uyumsuzluk, %20'sinin ise tam uyumsuzluk gösterdiklerini rapor etmişlerdir. Bu

çalışmada, ilk üç ay içinde 1 hafta ya da daha uzun süre ilacını bırakmış olanlar tedaviye uyumsuz; tedaviyi hiç bırakmamış ya da 1 haftadan daha kısa süre bırakmış olanlar tedaviye uyumlu kabul edilmişlerdir (67).

İçgörü biyolojik, psikolojik ve psikososyal birçok faktörden etkilenmektedir. Araştırmacılar şizofreni hastasının hastalığını değerlendirmesini etkileyen birçok nörobilişsel ve sosyokültürel etken olduğunu belirtmektedirler (68,69). İçgörü düzeyinin düşüklüğü şizofreni hastasının ve hastalığının çeşitli özellikleriyle ilişkilendirilmiştir. Bunlar kadın cinsiyet , zayıf işlevsellik , premorbid öykü , hastalık süresinin uzunluğu , depresif belirti sayısının azlığı ya da çokluğudur (65,70,71,72,73,74). İçgörünün çeşitli klinik, sosyodemografik ve kognitif faktörlerle ilişkisini araştıran çalışma sonuçları tutarsızdır.

Birçok çalışma içgörü düzeyi ile depresif belirti şiddeti arasında doğrusal anlamlı bir ilişki saptamıştır (74,75,76). Düşük içgörü düzeyinin “kendilik saygısını” korumak adına hastalığı inkar etmekle ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (77). Şizofrenide depresif duygudurumun yanısıra özkıyım girişimi sıklığı ile içgörü arasında da anlamlı ilişki bulan ve bulamayan çalışmalar mevcuttur (78,79). Bazı araştırmacılar ruhsal bir hastalığı olduğu gerçeğine yönelik içgörüsü olan hastaların özkıyım davranışı açısından yüksek risk altında olduğunu bildirmişlerdir. Bu bireylerin özkıyım davranışına götüren, umutsuzluk duygusu ve moral bozukluğu geliştirdikleri bildirilmiştir (80).

İçgörü stabil bir fenomen değildir, hastalık süreci ile değişir, şekillenir. İçgörü düzeyinin ilerleyen dönemde hastalığı nasıl etkileyeceği önemlidir, bununla ilgili çalışmalar mevcuttur, ancak veriler tutarsızdır. Araştırmacılar retrospektif olarak yaptıkları çalışmada içgörü düzeyin, ilk epizodu geçiren hastalarda sonraki epizodu geçirip geçirmeyeceğinin en iyi yordayıcısı olduğunu bulmuşlardır (81). Drake ve arkadaşları ise daha iyi içgörüyü sık relaps oranları ile bağlantılı bulmuşlardır (82). Zayıf içgörünün bağlantılı olduğu faktörleri tespit edip, anlamak yeni tedavi yaklaşımları ve spesifik psikoterapi programlarının gelişimi açısından önemlidir, bu da hastalığın prognozunu etkileyecektir. Bir çalışmada tedaviye yüksek içgörüsünün daha az hastanede yatışı ve daha iyi sosyal uyum ile bağlantılı olduğu saptanmış (83).

2.1.7. Şizofreni ve Tedavi Uyumu

Tedavi uyumu hastanın sağlıkla ilgili önerileri kabul etmesi ve bunlara uyması olarak tanımlanabilir (84). Tedaviye uyumsuzluk; reçete edilen ilaçları kullanmamak ya da düzensiz kullanmak, reçete edilemeyen ilaçları kullanmak, randevuları kaçırmak, takiplere devam etmemek gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir. Tedavi uyumsuzluğu hastaların sık alevlenme yaşamasına ve tekrar yatışlara neden olan en önemli unsurdur (85). Antipsikotik ilaçlara uyumsuzluk oranı %11- 80 arasında değişmektedir. 139 Şizofreni hastalarında ilaç uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada, hastaneden çıkışı izleyen ilk 3 ay içinde yaklaşık % 50'sinin kısmi uyumsuzluk, % 20'sinin ise tam uyumsuzluk gösterdikleri rapor edilmiştir (86). Psikotik bozukluğu olan 37 hastayla yapılan başka bir çalışmada ise, hastaların hastaneden çıktıktan sonraki ilk 10 gün içinde ilacı bıraktıkları ve uyumsuzluğun başladığı bildirilmiştir (87) .

Antipsikotik tedaviye uyumsuzluğun nedenleri çok çeşitli olabilmektedir. Bu etmenler

- 1) hastayla ilişkili etmenler (hastalık şiddetinin fazla olması, grandiyoz tutumda olması, iç görünün az olması veya olmaması, madde kötüye kullanımının eşlik etmesi),
- 2) ilaca bağlı etmenler (yan etkiler, etkisiz dozda, aşırı yüksek dozda ilaç kullanımı, çoklu ilaç kullanımı),
- 3) çevresel etmenler (yetersiz aile ve sosyal destek, damgalanma, ilaca ulaşmada güçlük)
- 4) hekimle ilgili etmenler (zayıf terapötik ilişki) olarak belirtilmektedir (27) olarak sıralanabilir.

Tedaviye daha önceden uyum göstermemiş olmak, sonraki uyumsuzluğun da en önemli göstergesidir. Özellikle narsistik ve paranoid kişilik özelliklerinin olması uyumu olumsuz etkileyebilmektedir. Madde bağımlılığının da ilaç programına uyumun önünde önemli bir engel olduğu ve bu sebeple uyumun önemli bir belirleyicisi olduğu gösterilmiştir (88).

Hastaların hastaneden taburcu edilmelerinin ardından tedaviye uyumu etkileyen faktörler incelendiğinde; taburculuk sonrası ilk randevunun ne zaman olduğu, eski

yatışların sayısı, hastanede kalış süreleri ve hastalığa karşı içgörünün bulunup bulunmadığı önemli belirleyiciler olarak saptanmıştır (89).

İlaç tedavisine uyumun değerlendirmesi; hastanın kendi ifadesi başkalarının söyledikleri ve klinik gözlemler dikkate alınarak, ilaç preparatlarının sayımı veya ilaçların kan düzeyinin ölçümü şeklinde yapılabilir. İlaç tedavisine uyumu değerlendirmek için pek çok ölçek geliştirilmiştir. Ülkemizde Aker ve arkadaşlarının geliştirdiği “Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme” ölçeği bulunmaktadır(85). Halen Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmamış olan İlaç tutum Envanteri diğer ölçeklerden farklı olarak hastanın ilaca yönelik tutumlarını sorgulamakta ve toplam puanın pozitif ve negatif olması ile kişiyi tedaviye uyumlu veya uyumsuz olarak sınıflandırmaktadır (90). Bu ölçek sonuçları kan düzeyi ölçümü kadar kesinlikte kabul edilmesede, kolay kullanımı ve yüksek kestirim oranı nedeniyle çalışmalarda sıkça kullanılmaktadır(91).

2.1.8. Şizofreni ve Depresyon

Kraepelin, Bleuler ve Majer-Gross'tan bu yana, şizofreni hastalarında depresif özellikler bilinmektedir. Majer- Gross 1920'de psikotik yaşantıya tepki olarak üzüntü ve kederi tanımlamıştır (77). Bleuler, anhedoni ve duygulanım bozukluklarının şizofreninin önemli belirtileri olduğunu belirtmiştir (92).

Birçok çalışmada depresif belirtilerin, şizofreninin aktif evresinde ortaya çıktığı ve psikotik belirtilerin yatışmasıyla depresif belirtilerin de yatıştığı saptanmıştır. Daha ender olarak da psikotik belirtiler yatıştıktan sonra depresyon ortaya çıkmaktadır. Postpsikotik regresyon, nevrasteni, sessizlik dönemi gibi tanımlamalardan sonra ilk kez McGlashan 1976'da “postpsikotik depresyon” tanımını kullanmıştır (77,92).

Knights aktif evrede psikotik belirtilerin renkliliğinden dolayı depresyonun ayırt edilemediğini, psikotik belirtilerin iyileşmesiyle birlikte depresif belirtilerin farkedildiğini bildirmiştir (açığa çıkan depresyon) (93). Johnson antipsikotik sağaltım sonucu depresyon geliştiğini belirtmiştir (farmakojenik depresyon) (94).

Şizofreni ile depresyon birlikteliği en çok şizofreni sonrası gelişen depresyon için vurgulansa da, yapılan çalışmalarda şizofreninin erken dönemleri dahil tüm

evrelerinde depresif belirtilerin bulunabileceği gösterilmiştir(93). Şizofreni, pozitif, negatif, dezorganize, bilişsel ve depresif boyutlarıyla heterojen bir bozukluktur. Bu nedenle de önceden kullanılan post-psikotik depresyon kavramı yavaş yavaş terk edilip, betimleyici olarak, eşlik eden depresyondan söz edilmektedir.

Bu çerçevede şizofreniye gerek akut alevlenme döneminde, gerekse kalıntı dönemde depresyon eşlik edebilir (95).

Şizofrenide depresyon yaygınlık oranları %7'den %70'e kadar farklı değerlerde bulunmuştur (96). Yapılan bir çalışmada şizofrenide sağaltımının ilk 6 haftasında depresif belirtilerde düzelmeye, hastanın yaşam kalitesini ölçen Heinrich-Carpenter Yaşam Kalitesi ölçeğinde anlamlı derecede düzelmelerin birlikte olduğunu gösterilmiştir (97).

Hastaneye tekrarlayan yatış nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, erken dönemde yeniden yatan hastaların taburcu edildikleri dönemde %40.6 oranında depresif belirtilere sahip olduğu ve bunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (98).

Şizofreninin akut evresinde depresif belirtilerin saptanması zordur ve bu yüzden kolaylıkla gözden kaçabilir. Bu nedenle şizofreninin akut evresinde ortaya çıkan depresyonu ayırt ettirici özellikler akılda tutulmalıdır. Hamilton Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada akut şizofreni atağında; depresif duygudurum, suçluluk, intihar, retardasyon, insomninin üç tipi ve iki somatik belirti depresif sendroma özgü dokuz belirti olarak saptanmıştır (99).

Kronik şizofreni hastasının sağaltımı, sıklıkla ortaya çıkarılması, anlaşılması güç olabilen depresif belirtilerle karmaşılaşabileceği gibi, bu tür belirtiler çoğu zaman sağaltım olmadan kalabilmektedir. Depresif şizofreni hastaları için sağaltım uygun ilaç seçimi, yüksek orandaki sağaltıma kötü uyumun halledilmesi, toplumsal geri çekilme ile uğraşma ve hastayı yineleyici depresif belirtilerden, intihar ya da psikotik depreşmeden koruma konularını kapsar (100).

2.1.9. Şizofreni ve Sosyal İşlevsellik

Sosyal işlevsellik kişinin doğal çevresindeki (iş, ev ya da sosyal ve haz aldığı etkinliklerde) işlevsellik yetisi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca kişinin doğal ortamındaki rollerindeki (eş, ebeveyn, arkadaş ve iş arkadaşı olarak) yeterliliğini ve doyumunu kapsamaktadır (101). Daha genel bir açıklamayla sosyal işlevsellik çalışabilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme ve kendi bakımını yapabilme biçiminde tanımlanmaktadır. Kişinin sosyal işlevsellik düzeyi sosyal destek, aktivite düzeyi ve genel yaşam işlevselliğini etkilemektedir (102).

Son yıllardaki çalışmalarda ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde sosyal işlevsellik kavramı öne çıkmıştır. Ruhsal bozukluklarda genel olarak bireyin sosyal işlevselliği etkilenmektedir. Bu durum kişinin ailevi, mesleki ve sosyal performansının düşmesine, ekonomik kayba, yaşam kalitesinde düşmeye, çeşitli nedenlerle daha fazla sağlık yardımı alabilmek için sağlık kurumlarına başvurmasına ve genel olarak toplum ve sağlık sistemi için ciddi bir yük oluşmasına neden olmaktadır.

Sosyal işlev bozukluğu üzerine yapılan çalışmalar, kişiyi-aşan/transpersonel (damgalanma, sosyal ve psikiyatrik olanakların ulaşılabilirliği ve ailesel kaynaklar), altkişisel/ subpersonel (nörobilişsel) ve kişisel faktörleri (sosyal biliş, başetme becerileri ve bilişsel olmayan faktörler) içermektedir (103). Sosyal işlevsellik düzeyi ruhsal bozuklukların seyrinde belirleyici olabilir ve bu nedenle de tedaviye cevabın değerlendirilmesinde önemsenmelidir. Ruhsal bozuklukların tam düzelmeyen, tedaviye rağmen süren inatçı belirtileri hastaların kişisel bakım, günlük faaliyetler, aile içi ilişkiler ve toplumsal ilişki alanlarındaki işlevselliklerini çeşitli ölçülerde bozar ve hastalık öncesi duruma gelmelerine engel olarak yeti yitimi oluşturmaktadır.

Sosyal işlevsellikteki bozulma şizofreninin temel belirtilerinden biridir ve tanı ölçütleri arasında da yer almaktadır (43). Hastalık sürecinde bireyin sosyal işlevselliği zaman içinde gittikçe bozulur ve hastalığın seyrinde önemli bir yere sahiptir. Uzun bir süre boyunca şizofreni tanı ve tedavisinde özellikle pozitif belirtilere öncelik verilmiş olmakla birlikte son dönemde negatif ve bilişsel belirtilerle birlikte sosyal işlevsellikteki bozulma da gittikçe önem kazanmaktadır. Psikotik semptomlar farmakolojik ajanlarla uygun bir biçimde kontrol edilebilirse de kronik sosyal ve mesleki yıkımlar bu tür tedavilerle daha az iyileşmektedir. Bu tür eksiklikler yaşamın kalitesini düşürmekte ve

sosyal, ailesel, boş zaman ve mesleki rol işlevselliğinde sorunlara neden olmaktadır (104).

Klasik olarak alevlenme ve remisyonlarla seyreden şizofrenide geçirilen her psikotik atak, hastanın sosyal işlevselliğinde daha fazla yıkıma neden olmaktadır. Hastalık sürecinde pozitif belirtilerin şiddetinde azalma eğilimi gözlenirken negatif ve bilişsel belirtiler ön plana çıkabilir, bunlarla birlikte sosyal işlevsellikteki bozulma belirginleşmektedir. Diğer şizofreni tiplerine göre genellikle daha az yıkıcı olma eğiliminde olan ve daha geç başlangıçlı paranoid şizofrenide sosyal işlevselliğin daha iyi olduğunu, bunda premorbid sosyal uyumun daha iyi olmasının belirleyici etkiye sahip olduğunu vurgulayan çalışmalar mevcuttur (105).

Şizofrenide sosyal işlevsellik; negatif belirtiler daha belirgin olmak üzere psikotik belirtilerden, duygudurumdan ve depresif belirtilerden, bilişsel işlevlerden, sosyal algı ve sosyal davranışlardan, cinsiyetten, eğitim, iş sahibi olma, medeni durum, sosyal destek gibi çeşitli çevresel etmenlerden etkilenmektedir (102). Birchwood tarafından 334 şizofreni hastasıyla yapılan bir çalışmada hastaların sosyal işlevsellik puanlarının sağlıklı bireylerin puanlarından oldukça düşük olduğu bulunmuştur (106).

Sosyal işlev düzeyinde gerileme hastalığın erken dönemlerinden itibaren ortaya çıkmaktadır. Sosyal geri çekilme, kişilerarası ilişkilerin azalması, sosyal etkinliklerde azalma, kendi başına yaşamını sürdürememe ve iş alanında işlevsellik kaybı gibi becerilerin kaybı ile belirlenen sosyal işlev bozukluklarının erken dönemde tanımlanması hastalığın tedavi planını, dolayısıyla da seyrini önemli ölçüde etkilemektedir. Tüm ruhsal bozukluklarda olduğu gibi şizofrenide de hastanın sosyal işlevselliğinin artırılmasının tedavide başarının başlıca koşullarından biri olduğu kabul edilmektedir. Nitekim bazı araştırmacılar bu nedenle şizofrenideki tedavi hedefini doğrudan sosyal işlevsellikteki kalkınma olarak belirlemişlerdir. Hastanın sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesinin, iyi klinik tedavi planı ve hastanın topluma dönüşü için hazırlanmasında önemli olduğu belirtilmektedir (107).

Son birkaç yılda psikososyal yaklaşımların kullanılmasıyla şizofreni tedavisinde çok önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Psikososyal rehabilitasyon programlarının anahtar hedefi işlevselliği iyileştirmektir. Sosyal beceri eğitimi gibi özel tedaviler, psikoeğitimsel aile tedavileri veya bütünleştirilmiş tedavi programları gibi yoğun

programlar önemli ölçüde kullanılmaya başlamıştır. Bu tür programların hastaların sosyal ve mesleki işlevselliklerini artırdığı ve şizofreni hastalarını topluma yeniden kazandırmada etkili olduğu belirtilmektedir (108,109,110).

2.1.10. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi

2.1.10.1. Yaşam Kalitesi Tanımı

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından ”hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlamıştır (111). Bu tanımlama içinde yaşam kalitesi, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değer sistemi içinde kavrayış biçimidir. Yaşam kalitesi, “kişisel tatmin”i ifade eder ve kişinin beden sağlığı, psikolojik durumu/iyilik hali, sosyal etkileşimleri, işlevselliğin yeterliliği, uyum yetisi, hayat görüşü, kişisel inançlarından karmaşık bir şekilde etkilenmektedir. Bir başka ifade ile yaşam kalitesi, kişinin öznel olarak farklı yaşam alanlarından aldığı doyum hissini, nesnel olarak ise sosyal işlevlerini, günlük etkinliklerini ve bedensel sağlığını içermektedir.

Yaşam kalitesi oldukça geniş bir kavramdır. Campbell (1976), yaşam kalitesiyle ilgili 12 alan belirlemiştir; Toplumsallık, eğitim, aile yaşantısı, komşuluk, arkadaşlık, evlilik, milliyet, barınma durumu, sağlık, kendilik duygusu, yaşam standardı ve iş durumudur (112).

2.1.10.2. Genel Tıpta Yaşam Kalitesi Kavramı

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastaların kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ve hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak işlevsel kapasitesi olarak tanımlanmıştır (113).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlık, 1948de ‘yaşam kalitesi’ terimi kullanılmadan ‘tamamen fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik durumu ve sadece hastalığın ve zayıflığın olmaması anlamına gelmediği’ şeklinde tanımlanır (114). Somatik, psikolojik ve sosyal faktörlere eşit önem verilmiştir. Elli yıl sonra kulağa sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin erken tanımı gibi gelmektedir. Daha yakın dönemde Dünya Sağlık Örgütü hedefi yükselterek kendi yaşam kalitesini değerlendirme aracını üretmiştir (WHOQOL) (115). “Yaşam kalitesi” terimi ilk kez 1950’lerde literatüre girmiştir. İyilik halinin

ekonomik ve sosyal bileşenleri gibi kabaca “yaşam standardı”nı ifade etmektedir. Birleşik devletlerde 1964’te başkanlık seçim kampanyası sırasında Lyndon Johnson “Bu hedefler banka hesaplarımızın büyüklüğüyle ölçülemez sadece halkımızın liderlik edeceği yaşam kalitesiyle ölçülebilir” ifadesini kullanmıştır(116) .Yaşam kalitesi sözcüğü, bilimsel tıbbi dergilerde yazılı olarak ilk kez 1966’da Elkinton tarafından transplantasyon tıbbının sorunlarını tartıştığı bir yazıda kullanılmıştır.1960’lı ve 70’li yıllar, sosyal bilimciler, felsefeciler ve politikacıların yaşam kalitesi kavramına artan bir ilgi göstermeye başladıkları yıllardır. Bu ilgi 1990’lı yıllarda daha da artmış ve 1992 yılında “International Society of Quality of Life Research” dergisi yayın yaşamına başlamıştır (117).Uzun yıllar sağlığın değerlendirilmesinde ya da sağlığın ölçümünde morbidite, mortalite ve beklenen yaşam süresi gibi niceliksel kavramlar temel alınmıştır. Bu terimler organ düzeyinde, nesnel olarak fizyolojik veya ruhsal bir hasarın saptandığı ve bireyin kendisinde sınırlı olan bir durumu tanımlamaktadır (118). Son yıllarda bu yaklaşımın sağlığın derecelendirilmesi ve ölçümünde yeterli olmadığı düşüncesi ortaya çıkmış, kişinin fizyolojik ya da ruhsal bir patolojinin olumsuz etkileri hakkında öznel değerlendirmesi ve farkındalığı daha çok önem kazanmıştır. Bu bağlamda, hastayı daha bütüncül olarak ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır (119). Son 20 yıldır Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) merkezli çalışmaların da katkısı ile sağlık hizmeti verenler ve araştırmacılar fiziksel ve ruhsal hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini tanımlama konusunda daha çok çaba göstermektedirler. Bunun sonucu olarak iyilik durumunu ve yaşam kalitesini öznel olarak ölçülebilir kılma girişimleri sonuç vermekte ve sağlığın ekonomik, sosyal ve benzeri farklı boyutları da değerlendirme kapsamına alınmaktadır. Yaşam kalitesinin henüz etraflıca kabul edilen bir tanımı olmamakla birlikte, “kişinin kendi durumunu, kendi kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi” olarak tanımlanmıştır (120). Albrecht ve Fitzpatrick yaşam kalitesi kavramını tıpta 4 alanda kullanımından bahsetmiştir (121);

- a- Klinik çalışmalarda ve sağlık servisi araştırmalarında sonuç ölçümü olarak,
- b- Bireysel hastaların klinik bakımlarının planlanması için,
- c- Tanımlayıcı çalışmalarda popülasyonların sağlık gerekliliği değerlendirmeleri için,
- d- Sağlık ekonomisi çalışmaları ve kaynakları için

2.1.10.3. Psikiyatride Yaşam Kalitesi

Yüzyıldan fazla süredir geleneksel psikiyatri, semptom ve tanılar üzerinde odaklanmış, son birkaç 10 yılda bilimsel ve pratik uygulamalarda önemli hale gelen “yaşam kalitesi”, “aile yükü” ve “hasta memnuniyeti” gibi konularda mental hastalığının hastalık olmayan kısımlarıyla da ilgilenmektedir. Günümüzde yaşam kalitesi sıklıkla günlük pratik psikiyatride çelişkili bir konu olsa da bir başlık haline gelmiştir. Bilimsel açıdan yaşam kalitesi muğlak bir kavramdır. Kolay ölçülebilir değişken olmaktan çok, merak ve ilgi alanıdır. Bu açıdan tek bir değişkenle ölçülebilen hastalık kavramından farklılık gösterir. Yaşam kalitesi kavramının artan bir sosyal baskı oluşturması, değerlendirme metodlarının geliştirilmesinde problemlerle karşılaşılmasına neden olmaktadır. Yaşam kalitesi kavramı ile işlevsellik, sosyal destek veya iyilik hali gibi kavramlarla kısmen örtüşebilir (122).

Dünya Sağlık Örgütü’ nün geniş sağlık tanımına ek olarak 20. Yüzyıl’ın ortalarında yaşam kalitesinin genel özelliklerinin gelişmesini etkileyen ve özellikle psikiyatridi alarına geçiren iki gelişme olmuştur. Daha genel olarak Maslow tarafından insan gereksinimlerinin hiyerarşisine dayalı, en temel fizyolojik ihtiyaçlarla başlayan (besin ve korunma) ve estetik ve etik ihtiyaçlarla birlikte otonomi gereksinimiyle yükselen taslak geliştirilmiştir. Mental hastalıkla ilgili olarak bu temel gereksinimlerle ne kadar mücadele edildiği tartışılabilir. 20. Yüzyıl’ın başlarında hastaların büyük mental hastanelere kapatılması, yiyecek gibi fizyolojik ve güvenlik gibi korunma ihtiyaçları karşılandığından avantaja sahipti ancak Maslow’un hiyerarşik şablonunda daha yukarıda yer alan otonomi bu sistemde göz ardı edilmekteydi. Diğer yandan 20. yy sonlarında toplum psikiyatrisi alanında hastaların otonomi kazanma olasılığı vardı. Bu açıkça yaşam kalitesi özelliğidir. Diğer bir gelişme, daha önce de belirtildiği gibi 1950’lerde psikotropik ilaçların tanıtılmasıyla tetiklenmiş, mental hastaneler küçültülerek kapatılmış ayrıca hastalık semptomları, tanı ve relaps üzerinde yoğunlaşmak yerine psikiyatri gerçek hayata yönlendirilmiştir (123).

Yaşam kalitesi kavramı psikiyatriden daha çok diğer tıbbi disiplinlerde popülerdir. 1980’lerin başında uzun dönem mental bozukluklarda yaşam kalitesi çalışmalarında kullanılmaya başlanmıştır (124,125). Psikiyatristler muhtemelen kararsız kalmıştır, çünkü tıpta yaşam kalitesi kavramının temelinde öznel iyilik hali ve hastanın tatmini vurgulandığından somatik hastalıklardaki yaşam kalitesi kavramı daha

belirginken, mental hastalıklardaki yaşam kalitesi kavramı farklı olmasına rağmen çok ayrılmamaktadır. Daha sonra yaşam kalitesi tıbbın teknik uygulamalarında çok daha humanistik ilave şeklinde kabul görmüştür. Psikiyatrinin ilgi alanına girmesiyle hastanın öznel iyilik durumu tek başına veya psikopatolojiyle ilişkili tartışılabilir bir konu haline gelmiştir. Psikiyatri “yaşam kalitesi” ölçümleri şeklinde adlandırmaksızın hastalıkların tıbbi olmayan yönleri için de ölçümler geliştirmiştir. Örneğin “sosyal uyum”, “iş görememezlik”, “sosyal fonksiyon” gibi (106,126,127).

2.1.10.4.Şizofreni ve Yaşam Kalitesi

Toplumda yaşayan kronik ruh sağlığı bozuk hastalarda, yaşam kalitesi çalışmaları 1980’lerden sonra başlamıştır (128,129) ve 1980’li yıllarda toplum ruh sağlığı programlarında yaşam kalitesi kavramına ilişkin ilk değerlendirmelerin sonuçları elde edilmiştir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre, günümüzde en geçerli olan model, Angermayer ve Kilian’ın (1999) dinamik süreç modelidir. Buna göre, bilişsel uyum ve doyum düzeyi, biyolojik ve antropolojik gereksinimleri olan bireyin çevre ve toplumla karşılıklı etkileşmesi sonucunda ortaya çıkan dinamik bir süreçtir. Şizofrenide yaşam niteliği çalışmaları, 1960’lı yıllarda “kurumlarda tedavi” anlayışından “toplum içinde” tedavi anlayışına geçilmesi ile başlamıştır. Yaşam kalitesi kavramı, şizofrenide araştırmalarında ancak 1990’larda atipik antipsikotik ajanların klinik kullanıma girmesiyle, bu girişimlerin hastanın hayatını ne derecede iyileştirdiğini değerlendirmek amacıyla, hak ettiği yeri bulmaya başlamıştır. Böylece, yaşam kalitesi kavramı hastalık semptomlarının gerilemesi ve nökslerin önlenmesinden farklı beklentileri yansıtmaktadır. Son 15 yıl içinde şizofreni gibi şiddetli psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerde, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konusunda çalışmalar yoğunlaşmıştır. Yaşam kalitesi, bugün şizofrenide rehabilitasyon programlarında ve ilaç tedavisi başarısının değerlendirilmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır.

Ruh sağlığı alanında yaşam niteliği kavramını tanımlamak ve modelize etmek amacıyla çok sayıda çalışma yapılmıştır. 1970’li yıllarda toplum ruh sağlığı programlarının yaşama geçirilmesini takiben, ağır ve süregelen hastaların, o arada şizofreni hastalarının yaşam niteliğini değerlendirmek üzere ölçekler geliştirilmeye başlanmıştır. 1978’de Dupuy’un “Psikolojik Genel İyilik Hali İndeksi” ve 1979’da Schooler ve arkadaşlarının “Toplumsal Uyum Ölçeği” bu ölçeklerin ilk

geliştirilenleridir. 1981’de Malm ve arkadaşları “Yaşam Niteliği Ölçeği” ni, 1984’de Heinrich ve arkadaşları “Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği”ni yayımlamışlardır.

Yaşam kalitesi kavramının hem subjektif hem de objektif boyutu vardır.“Kendini iyi hissetme”, “yaşamdan doyum sağlama” ve “mutluluk” gibi ifadeler yaşam kalitesi kavramının subjektif boyutunu oluşturur ve kişinin yaşamı hakkındaki duygularını, beklentilerinden etkilenmesini, önceki tecrübelerini ve mevcut şartların algısını göstermektedir. “Bağımsız yaşayabilme”, “kişilerarası ilişkiler”, ”üretken olma” gibi ifadeler ise objektif göstergeleri oluşturur ve sosyal fonksiyonel normları ve yaşam tarzını yansıtır (130,131). Bağlantılı olarak, yaşam kalitesi tayininde, subjektif (hastanın kendi değerlendirmesi) ve objektif (uzman derecelendirmesi) değerlendirmeler kullanılır. Yaşam kalitesinde, hastaların subjektif ve klinisyenin objektif algılaması birbirinden oldukça farklıdır ve objektif ve subjektif değerlendirme arasındaki ilişki her zaman birbiriyle uyumlu değildir (132,133,134,135). Yaşam kalitesi, hastalar tarafından daha çok yaşam tarzı ve yaşam standardı olarak tanımlanırken, psikiyatristler için hastalığın semptomlarına yönelik yetiyitimi yokluğu ve profesyonel yardımın gerekliliği olarak öne çıkmaktadır. Her iki değerlendirme boyutunun da bazı kısıtlamaları vardır. Bu kısıtlamaların temel nedenleri arasında üniversal olarak kabul edilen ölçeklerin kullanılmaması ve sağlıklı kontrollerden gelen yaşam kalitesi verilerinin bulunmaması sayılabilir. Şizofreni hastalarının yaşam niteliği ölçümünde hastanın kendisinin, yakınlarının ve ruh sağlığı çalışanlarının hep birlikte değerlendirmeye katılması gereklidir (131). Yaşam niteliği, geniş kapsamlı bir kavram olarak ele alınmakta ve temel olarak üç boyut içermektedir (136):

- Bireyin kendisini iyi hissetme hali/yaşam doyumu,
- Günlük yaşamdaki işlevselliği, kendine bakımı, sosyal rolleri,
- Dış kaynaklar ve sosyal destekler.

Yaşam niteliği kompleks bir kavramdır ve sosyodemografik, klinik ve psikososyal faktörlerin tümünden değişen oranlarda etkilenebilir. Bununla birlikte, sayılan değişkenlerin yaşam kalitesi üzerine etkisi konusunda, literatürde henüz tam bir görüş birliğine varılamamıştır. Şizofreni hastalarının yaşam niteliği, genel popülasyondan ve bedensel hastalığı olan bireylerinkinden daha düşük bulunmuştur. Az

sayıda çalışmada ise arada bir fark olmadığı bildirilmiştir (136). Şizofreni hastalarında yaşam niteliği ile sosyodemografik verilerin ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda; kadın hastalar, evli hastalar ve eğitim düzeyi düşük hastaların yaşam niteliğinin daha iyi olduğu saptanmıştır (131). Klinik çalışmalarda hastalık süresi uzadıkça yaşam niteliğinin kötüleştiği gösterilmiştir (130). Hastalarda anksiyete, depresyon ve negatif sendromun varlığı, yaşam niteliği ile ters yönde korelasyon göstermektedir (137). Daha az yan etkisi olan ilaçlarla birlikte uygulanan psikososyal tedaviler yaşam niteliğini arttırmaktadır (131).

2.2. TOPLUM TEMELLİ RUH SAĞLIĞI

Ruh sağlığı ve hastalıklarının tedavisi için zaman içerisinde çeşitli bakış açısı ve hizmet modeli değişikliği olmuştur. Orta çağ Avrupasında ruh hastalıkları şeytan girmesi olarak değerlendiriliyordu. Hastalar tedavi edilmeyip yalnızca toplumdan uzaklaştırılıp büyük hastanelerde muhafaza edildi. Fransız hekim Phillippe Pinel, 17. Yüzyılın sonlarına doğru çalıştığı büyük depo hastanede hastaların zincirlemesini yasaklamış ve tımarhaneleri hastaneye dönüştürmüştür (138). Bu yasak , büyük hastanelerde muhafazadan tedavi modeline geçiş için önemli bir değişim kabul edilir. Ancak tedavi amaçlıda olsa büyük hastanelerin merkezde olduğu tedavi modeli sorunludur. Amerikalı sosyal çalışmacı Dorothea Dix uzun süre hastalara kötü muameleyi araştırmış ve ruh sağlığı hizmeti mevzuatının gelişimine etkisi olmuştur (139).

1930' larda lobotomi, sonrasında EKT ve 1950' lerde antipsikotikler hastanede tutulma gereksinimini azaltmıştır. Ken Kesey'nin 1962 yılında basılan romanı “Guguk Kuşunun Yuvasının Üstünde Uçmak: Belki de Hepimiz Deliyiz” den uyarlanan, 1975 yılında Jack Nicholson'un oynadığı, bir ruh sağlığı hastanesinde geçen ve hastalara kötü muamele eden ekibin ele alındığı “Guguk Kuşu” filminin ardından bazı hastaların yalnızca sosyal olarak kabul edilmeyen bir takım davranışları olan insanlar olduğu görüşü yerleşmeye başlamıştır (140). Tüm bu gelişmeler sonrasında 1960'lardan itibaren “Kurumdışılaştırma” (deinstitutionalization) olarak adlandırılan, toplumu hastalardan korumak için şehir merkezinden uzakta inşa edilen hastanelerin kapatılması süreci başlamıştır. Bazı ülkelerin hazırlıksız yakalanması sonucu hastane dışı yaşama

alışmakta zorlanan hastaların ölümü, tedavisiz kalan hastaların daha şiddetli atak yaşaması ile şiddet ve intihar davranışında artma gibi zorluklar yaşanmıştır. Bu zorluklardan ders alınarak ruh sağlığı hizmet modelinde en son belkide en büyük değişim olarak büyük ölçekli hastanede yatarak tedavi modelinin terk edilmesi ve daha çok hastanın doğal ortamında tedavi edildiği toplum temelli tedavi sistemine geçiş olmuştur(141). Bu geçişte büyük bir hastanede yatıyor olmanın hastaya olumsuz etkileri, ilaç ve diğer yöntemlerle tedavilerde sağlanan ilerlemeler, toplumsal yaşama uyumun yine en iyi toplum içinde yapılan girişimlerle sağlanabileceğine dair kanının yaygınlaşması, olumsuz damgalanmanın en aza indirilmesi, hasta ve hasta haklarına bakışta olan değişimler, insan ve diğer kaynakların daha verimli kullanılması değişimin gerekçelerinden bazılarıdır (1,142).

“Kurumdışlaştırma” olarak adlandırılan bu sürecin sonucunda, hastane ruh sağlığı birimleri ile toplum temelli birimlerin dengeli ve işbirliği içerisinde çalıştığı bir sistem gelişmiştir (3). Hastane temelli model ruhsal sağlık, sosyal yaşam, fiziksel sağlık, barınma, meslek ve geçim kaynağı konularında hastalara sınırlı olsa yardımcı olmakla birlikte, bu hizmetlerin sunumu esnasında hastaların toplumdan izole edilmesi bu modelin en büyük eksikliğidir. Ayrıca hizmetlerin sunumunda hastaların yeti yitimleri yanında mevcut yetkinliklerin yeteri derecede değerlendirilmemesi, paket halinde her hastaya aynı şekilde hizmet verilmesi kimi hastaların yeterince yaşama kazandırılmalarına engel olabilmektedir. Örneğin kendi yemeğini yapabilen bir hastanın yataklı bir kurumda sürekli düzenli yemek ihtiyacının karşılanması bu yetisinin kaybına neden olabilmektedir (3).

“Kurumdışlaştırma” süreciyle birlikte toplum içerisinde yaşayan hastaların sorunlarına o kişiye özel çözümler bulabilmek amacıyla “Olgu Yönetimi” denilen bir kavram ortaya çıkmıştır. Olgu yönetiminin amacı yetiyitimi hastaların hastalıklarını kontrol etmeleri ve daha işlevsel bir yaşama ve iyileşmeye doğru ilerleyebilmeleri için önündeki engellerin kaldırılması , gerekli beceri ve desteklerle donatılmalarıdır. Olgu yönetimi psikiyatri uzmanı ve diğer ruh sağlığı profesyonellerinden oluşan bir ekip tarafından , aile üyelerinin ve hastanın işbirliği ile sürdürülmelidir. Olgu yönetimini yapan ekipten beklenen hastaların ihtiyaçlarını değerlendirip, detaylı servis planı yaparak erişilebilir ve verimli bir bakım ve tedavi hizmetinin kesintisiz sürdürmesi ve tüm faaliyetlerini kayıt altına alınmasıdır (3,143).

Toplum temelli dengeli model her ülkede hatta her bölgede eşit derecede gelişmemiştir. Bu doğrultuda toplum temelli akıl sağlığı sistemleri verilen hizmetlerin düzeyine ve ayrılan kaynağa göre basit, orta ve ileri düzey olarak sınıflandırılmaktadır. Düşük kaynaklı bölgelerde hizmetin ana sunucusu aile hekimleridir. TRSM ekibi ise aile hekimi ve ekibine konsültasyon desteği vermektedir. Orta ve yüksek kaynaklı bölgelerde hizmetin ana gövdesini TRSM ekipleri oluşturur (5). Bu şekilde çalışan birimlerde olgu yönetimi esastır. Orta düzeyde kaynak ayrılmış olan bölgelerde TRSM ekibine ek olarak hastayı yaşadığı ortamda takip eden gezici ekip (ambulatory clinics) faaliyetleri esastır. Yüksek kaynaklı bölgelerde ise gezici ekip faaliyetlerinin yanında farklı dallarda uzmanlaşmış çok daha çeşitli servisler ile hizmetler sürdürülmektedir. Özellikle erken müdahale ekiplerinin faaliyetleri dikkat çekicidir. Bu ekipler hastalarda psikotik belirtiler başladıktan sonra ilaç tedavisine başlayana kadar, diğer bir ifade ile “tedavisiz geçen psikoz süresini”(TPS) kısaltmayı amaçlamaktadırlar (duration untreatment psychosis) (5).

2.2.1. Türkiye’de Toplum Temelli Ruh Sağlığı

Türkiye’de psikiyatri hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla ilk girişimler 1960’lı yıllarda başlamıştır. Bu dönemde Türkiye’de psikiyatri hastalarının tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Ankara ve İstanbul’da ruh sağlığı dispanserleri kurulmuştur. Ancak ruh sağlığı dispanserlerinin psikiyatri hastanelerinin uzantısı şeklinde hizmet vermesi nedeniyle ruh sağlığının güçlendirilmesi ve korunması anlamında sınırlı kalmıştır (7). Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında hazırlatılan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiş ve ardından ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme kararı alınmıştır. Bu modelin ilk basamağı olarak da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı Sağlık Bakanlığı tarafından Nisan 2009’da alınmış ve pilot çalışmaların sonuçları değerlendirilerek ilgili yönerge Şubat 2011’de yayınlanmış ve uygulaması başlamıştır (144). 16.02.2011 tarihinde yürürlüğe giren “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge” ile ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulabilmesi için, Sağlık Bakanlığına ait yataklı sağlık

tesislerine bağlı olarak faaliyet göstermek üzere “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri” kurulması planlanmış, ilk olarak Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi açılmıştır (1).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde yürütülmesi gereken iş basamakları;

-Kendisine bağlı coğrafi bölgede yaşayan “psikotik bozukluk” tanılı hastaları tespit ederek merkezin veri tabanına kaydetmek,

-Kaydedilen hasta ve/veya yakınlarıyla irtibata geçerek merkezin amacı, işlevleri, hastaya sağlayacağı faydalar konusunda bilgilendirmek,

-Merkeze devamı sağlanan hastaların psikiyatrik ve sosyal profillerini sosyodemografik veri formu ve ölçeklerle belirlemek.

-Merkeze devamı sağlanan hastaların farmakolojik tedavilerini düzenli kullanıp kullanmadığı, doğru zamanda ve dozda kullanıp kullanmadığı, yan etki olup olmadığı gibi süreçleri takip etmek,

-Merkeze devamı sağlanamayan hasta ve/veya yakınlarıyla irtibata geçilerek evde ziyaret etmek ve bu ziyaretler sırasında farmakolojik tedavisini planlamak ve hastayı merkeze devamı konusunda ikna etmeye çalışmak,

-Merkezde ya da evde takip sırasında herhangi bir sebeple alevlenen ve kendine ya da çevresine zarar verme potansiyeli taşıyan hastanın ilgili kolluk kuvvetleriyle irtibat kurularak yataklı bir psikiyatri kliniğine yatışını sağlamak

-Hasta ve hasta yakınlarına psikoeğitim vermek

-Uygun hastalara sosyal beceri eğitimi vermek ve toplum içinde uygulamalar yapmak

-Hastaların ilgileri ve kişilik özelliklerine uygun uğraşı alanlarını planlamak ve uğraşı terapilerine katılımlarını programlamak

-Uygun olan hastalarla açık/kapalı grup terapileri düzenlemek

-Yerel yönetimler, yerel yazılı ve görsel medya aracılığı ile toplumu bilinçlendirmek ve damgalama karşıtı çalışmalar yapmak

-Yapılan çalışmalar sırasında tespit edilen hastaneye yatış, bakım, çalışılacak işyeri ihtiyaçlarına cevap vermek üzere ilgili kurumlarla irtibat kurmak olarak tanımlanmıştır (1,144).

2.2.2. Vaka Yönetimi

“Kurumdışılaştırma” süreciyle birlikte toplum içerisinde yaşayan hastaların sorunlarına o kişiye özel çözümler bulabilmek amacıyla “Vaka Yönetimi” denilen bir kavram ortaya çıkmıştır. Vaka yönetiminin amacı yetiyitlimli hastaların hastalıklarını kontrol etmeleri ve daha işlevsel bir yaşama ve iyileşmeye doğru ilerleyebilmeleri için önündeki engellerin kaldırılması, gerekli beceri ve desteklerle donatılmalarıdır. Vaka yönetimi psikiyatri uzmanı ve diğer ruh sağlığı profesyonellerinden oluşan bir ekip tarafından, aile üyelerinin ve hastanın işbirliği ile sürdürülmelidir. Vaka yönetimini yapan ekipten beklenen hastaların ihtiyaçlarını değerlendirip, detaylı servis planı yaparak erişilebilir ve verimli bir bakım ve tedavi hizmetinin kesintisiz sürdürmesi ve tüm faaliyetlerini kayıt altına alınmasıdır(3,141).

Süreğen ruhsal hastalığı olan bireylerin psikiyatrik hizmetlere ulaşmasını beklemek yerine psikiyatrik hizmetleri onların ayağına götürmek ya da onların bir şekilde psikiyatrik bakımın çerçevesi içerisinde kalmalarını sağlamak için en uygun yöntem vaka yönetimi sistemidir. Vaka yönetiminde hastaların iyilik hallerini artırmaya yönelik tüm hizmetlerin eşgüdümünün sağlanması temel amaçtır. Olguların tablo 2’de gösterilen alanlarda sorumluluğunu taşıyan ve bu alanlardaki görevleri yerine getirmek üzere eğitilmiş vaka yöneticileriyle yürütülen bu sistemle hastaların iyilik hallerinin devam etmesi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmaktadır. Vaka yönetiminin merkezden yürütülen bir iş değil hastayla, aileyle, hastaneyle, iş yerleriyle, yerel yönetimlerle, sosyal güvenlik sistemleriyle ve diğer kuruluşlarla iletişim ve etkileşim halinde yürütülen ciddi bir iş olduğu unutulmamalıdır. Aileler ve diğer hasta yakınları, arkadaşlar vaka yöneticisinin önemli yardımcılarıdır. Vaka yöneticisinin işi zaman-sınırlı değildir. Bir günün içerisinde ihtiyaç duyulduğu her andır. Dolayısıyla bir vaka yöneticisinin sorumluluğunda olan hasta sayısının sınırlı olması (ideali 10-15 arasındadır) ve kaynaklar açısından yeterince desteklenmesi önemlidir. Türkiye’de vaka yöneticiliği görevi şimdilik aileler üzerindedir. İlgili yakınları olmayan hastaların da

olgu yöneticiliği yardımıyla toplum içerisinde bağımsız ve sosyal bir yaşam sürme yerine depo akıl hastanelerinde yerleştikleri tahmin edilmektedir (145).

Tablo 2: Vaka yönetiminde ana sorumluluk alanları ve beklenen görevler

Psikiyatrik Tedavi	İş Rehabilitasyonu	Yerleşim	Tıbbi Tedavi	Sosyal Güvenlik ve Toplumsal Bağlar
Servis Yatışı	İş Arama	Aile Ortamı	Tıbbi Hastalıklar	Sosyal Güvenlik
Poliklinik Kontrolleri	Destekli İş	Arkadaş Yanı	İçin Tedavi	İlaç Temini
Krize Müdahale	İşte Destekleme	Grup Evleri	Girişimleri	Ekonomik Destek
Aile Tedavisi	Meslek Eğitimi	Yurtlar	Cerrahi Tedavi	Dernek, Kulüp gibi
Beceri Eğitimi	İş bulma Kulüpleri	Bakıcı Aile	Diş Tedavisi	Örgütlenmeler
Destek Terapisi				

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. ÖRNEKLEM

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 05.02.2013 tarihinde 271 sayılı no ile Etik Kurul onayı alınmıştır.

Çalışmamıza, İstanbul İli'nde Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde hizmet vermekte olan Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde en az bir yıldır şizofreni tanısı ile takip edilen hastalar içinden ardışık başvurular şeklinde 41 hasta, benzer şekilde hastanemiz 9. Psikiyatri polikliniğinden en az bir yıldır şizofreni tanısı ile takip edilen hastalar içinden ardışık başvurular şeklinde 41 hasta seçilmiştir. Çalışmaya "Şizofreni" tanılı hastalar dahil edilmiştir.

Hastalara öncelikle çalışmanın amacı anlatılarak, katılımları için sözel ve yazılı onayları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanarak, kayıtlarının gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalardan aydınlatılmış onam alınmıştır. Hasta görüşme ve değerlendirmeleri 2013 yılının Şubat ve Aralık ayları arasında yapılmıştır.

Her iki hasta grubuna sosyodemografik veri formu, panss pozitif ve negatif sendromlar ölçeği(146,147), Calgary şizofrenide depresyon ölçeği (148,149), yaşam niteliği ölçeği (150,151), sosyal işlevsellik ölçeği(106,152) ölçekleri uygulanmış ve ölçek sonuçları kıyaslanmıştır.

Hastaların hastalık süresi, tüm yatış sayıları ve son bir yıldaki yatış sayıları, çoklu antipsikotik kullanımı gibi klinik özellikler için ailesi ve kendisinden bilgi alınmış ayrıca hastane veri tabanı taranmıştır. Hastalık süresi için belirtilerin başladığı dönem esas alınmıştır.

Çoklu antipsikotik kullanımı “doza bakılmaksızın birden fazla antipsikotik kullanımı” olarak tanımlanmıştır.

Zeytinburnu TRSM uygulamasında vaka yönetimi: Zeytinburnu TRSM’de olgu yönetimi ekibinde 3 hemşire, bir psikolog, 1 sosyal çalışmacı ve bir hekim mevcuttur. Her hasta ayda en az bir kez olmak üzere kendisine reçete edilen ilaçların bitiminde mutlaka aranmakta, tıbbi açıdan değerlendirilmek ve yeni reçetenin yazımı için merkeze davet edilmektedir. Merkezde Ruhsal-Toplumsal Beceri Eğitimi, iş-uğraşı gibi psikososyal destek tedaviler sunulmaktadır. Farmakolojik tedaviler dahil tüm uygulamalar hastaların katılımı ile şekillenmektedir. Hastanın aile içindeki konumunu, ailenin ilişki biçimini, yaşanılan ortamı değerlendirmek ve gerektiğinde hastaya yerinde girişken tedavi modeline uygun sosyal beceri ve öz bakım becerisi kazandırmak için her hastaya ev ziyaretleri düzenlenmektedir. (9)

Hastaların karşılanmamış ihtiyaçlarına çözüm bulabilmek ve onlar adına savunuculuk yapabilmek için vaka yöneticileri kurum ziyaretleri düzenlemekte ayrıca kurum yöneticilerinin katıldığı yerel yönlendirme toplantılarına düzenli katılmaktadırlar.

3.1.1. Çalışmaya Dahil Olma Ölçütleri

- 18-65 yaş arasında olmak
- DSM-IV-TR’ ye göre Şizofreni tanısı almış olmak
- Organik mental bozukluk veya mental retardasyonu olmamak
- Okuma ve yazma biliyor olmak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmaya onay vermek

3.2. DEĞERLENDİRME GEREÇLERİ

- 3.2.1.Sosyodemografik veri formu
- 3.2.2.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)
- 3.2.3.Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
- 3.2.4.Şizofreni Hastaları için Yaşam Nitelikleri Ölçeği

3.2.5.Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SIÖ)

3.2.6.Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği (AHİÖ)

3.2.1. Sosyodemografik veri formu:

Çalışmacılar tarafından tüm kişilerin sosyodemografik bilgilerini ve klinik özelliklerini değerlendirmek için hazırlanmış yarı yapılandırılmış formdur.

3.2.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS):

Kay ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen bu ölçek(146), 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içeren, yarı-yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Bu 30 maddenin 18'i Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeğinden (BPRS), 12'si ise Psikopatolojik Değerlendirme Ölçeğinden uyarlanmıştır. Değerlendirilen maddelerin yedisi pozitif sendrom alt ölçeğine (minimum 7, maksimum 49 puan), yedisi negatif sendrom alt ölçeğine (minimum 7, maksimum 49 puan) ve geri kalan 16'sı ise genel psikopatoloji alt ölçeğine (minimum16, maksimum 112 puan) aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (147).

3.2.3. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği:

Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastalarda depresif belirti düzeyinin ve şiddet değişiminin ölçülmesi amacıyla kullanılır (148).

Ölçek, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir ve dörtlü Likert tipinde değerlendirilen dokuz maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma düşünceleri, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyon belirtilerini içermektedir. Her madde 0-3 puan arasında puanlanır ve toplam puan bunların toplanmasından elde edilir. Ölçeğin minimum puanı 0, maksimum puanı 27'dir. Bu ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (149).

3.2.4. Şizofreni Hastaları için Yaşam Nitelikleri Ölçeği:

Heinrichs ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek son bir aydaki işlevselliği değerlendirmektedir (150). Görüşmecinin doldurduğu 21 maddelik yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Kişilerarası ilişkileri, mesleksi veya öğrenilmiş rol işlevselliğini, ruhsal kapasiteyi ve yaşam etkinliklerini değerlendirmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Soygür ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (151).

3.2.5. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SiÖ):

Birchwood ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilen ölçek şizofreni hastalarının son bir ayda yedi alandaki performanslarını değerlendirmektedir(106). Bu alanlar toplumsal çekilme, kişilerarası iletişim, günlük yaşam faaliyetleri, boş zamanı değerlendirme, toplumsal faaliyetler, bağımsız yaşama yeterliliği ve iş/çalışma alanlarıdır. Ölçeğin hasta ve hasta yakını için iki ayrı formu bulunmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erakay tarafından yapılmıştır (152).

3.2.6. Akıl Hastalığına İlgisizlik Ölçeği (AHİÖ):

Amador ve arkadaşları 1993 yılında (Scale to unawareness of mental disorder) geliştirmişlerdir. Tüm sorular şimdi ve geçmiş için ayrı ayrı kodlanır. Ölçekte üç tane giriş ve 17 tane belirti sorusu vardır. İlk üç soruda şimdi ve geçmiş için ayrı ayrı altı puan hesaplanır. Ölçeğin ilk üç sorusu hastalığın farkında olma, tedavinin etkisinin farkında olma ve hastalığın toplumsal sonuçlarının farkında olmayı sorgular. Hastanın yanıtları 1-5 puan arası kodlanır. Daha sonra var olan belirtilerin her birinin farkındalığı ve neye atfedildiği sorgulanır. Bu bölümde de şimdi ve geçmiş için 1-5 arası puanlanır. Sonuçta belirti farkındalığı ve atıf için dört puan hesaplanır. Puan arttıkça farkındalık azalır. Ölçek kısmi olarak da kullanılabilir. Amador ve arkadaşları (1994) ölçeğin dokuz sorudan oluşan kısaltılmış formunu da yayımlamıştır (153). Stereotipik davranışlar gibi az görülen belirtiler için güvenilirliğini göstermek zordur ve özgün ölçek çalışmasında da bu belirtilerin güvenilirliği şüphelidir. Bu nedenle AHİÖ'nün Türkçe uyarlamasına sadece kısaltılmış versiyonundaki sorular alınmıştır (154). Ölçek bu haliyle üç giriş ve yedi belirti sorusu içerir. Sorular özgün ölçekte olduğu gibi şimdi ve geçmiş için 1-5 arasında puanlanır. Yedi belirti için atıf ve farkındalık ayrı ayrı değerlendirilir.

3.3. İSTATİSTİK METODU

Katılımcılardan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18 versiyonu kullanılarak istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

Nonparametrik ölçümler ki kare uygunluk testi ile gruplar arası ortalama değerler normal dağılıma uyuyorsa bağımsız gruplar t testi ile ,normal dağılıma uymuyor ise Mann whitney-u testi ile kıyaslanmıştır. Ölçeklerin birbiri ile ilişkisinin belirlenmesi için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Tüm testlerde gruplar arası farkın karşılaştırılması ve ilişkinin saptanmasında istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI

Çalışmamızda hastane polikliniklerinden takip edilen hastaların en küçüğünün 18, en büyüğünün 61 yaşında, bu grubun yaş ortalamasının $38,29 \pm 12,73$ olduğu görüldü. TRSM'den takip edilen hastaların en küçüğünün 18, en büyüğünün 59 yaşında; bu grubun yaş ortalamasının ise $38,36 \pm 9,10$ olduğu görüldü. Her iki grubun yaş ortalaması istatistiksel açıdan benzer bulunmuştur ($p > 0,05$).

Cinsiyet açısından; hastane grubunda 6 (%14,6) kişi, TRSM grubunda 11(%26,8) kişi kadındı ve gruplar arasında istatistiki farklılık tespit edilmedi ($p > 0,05$). Eğitim süreleri dikkate alındığında her iki grupta da hiç okula gitmeyen ve üniversite mezunu olan hastaların bulunduğu görüldü. Ortalama eğitim süresinin hastane grubunda $7,80 \pm 3,95$, TRSM grubunda $7,09 \pm 4,21$ olarak saptandı. İki grubun ortalama eğitim sürelerinin istatistiki açıdan benzer olduğu görüldü ($p > 0,05$).

Hastane grubunda en fazla 30 yıl, TRSM grubunda ise en fazla 20 yıl düzenli çalışma süresi bildirildi. Hastane grubun ortalama çalışma yılı $8,02 \pm 8,78$, TRSM grubunun ise $4,87 \pm 6,60$ olduğu görüldü. Her iki grubun ortalama çalışma süresi istatistiki açıdan benzer bulundu ($p > 0,05$). Hastane grubunda 7 (%17,1) kişinin, TRSM grubunda ise 5 (12,2) kişinin düzenli çalıştığı ve çalışma durumun istatistiki açıdan benzer olduğu görüldü ($p > 0,05$).

Çalışmamızda hastane grubundaki 14 (%34,1) kişinin, TRSM grubundaki 3 (%7,3) kişinin evli olduğu ve medeni durum bakımından gruplar arasında istatistiki anlamlı derecede farklılık saptandı ($p < 0,05$). Ancak medeni durumdaki bu farklılığa rağmen, yalnız yaşayan hasta sayısının hastane grubunda 3(%7,3) ve TRSM grubunda 1 (%2,4) olduğu ve bu açıdan gruplar arasında istatistiki farklılık olmadığı görüldü ($p > 0,01$).

Hastane grubunda 25 (%61,0) hastanın sigara kullandığı, 6 (%14,6) hastanın düzenli alkol aldığı, 1(%2,4) hastanın madde kullanım bozukluğu olduğu görüldü. TRSM grubunda ise 20 (%48,8) hastanın sigara kullandığı, 1(%2,4) hastanın alkol kullandığı, 2 (%4,9) hastanın madde kullanım bozukluğu olduğu görüldü. Gruplar arasında sigara kullanımı ($p>0.05$) ve madde kullanım bozukluğu ($p>0,05$) yönünden istatistiki anlamlı farklılık tespit edilmedi. Alkol kullanımı açısından ise istatistiki anlamlılık görüldü ($p>0,05$).

Hastane grubunda 4 (%9,8) hastanın ek fiziksel rahatsızlığı olduğu, TRSM grubunda ise 6 (%14,6) hastanın ek fiziksel rahatsızlığının bulunduğu ve istatistiki açıdan farklılık olmadığı görüldü($p>0,05$).

Sosyodemografik Özellikler Tablo 3 ve Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 3: Sosyodemografik Sürekli Verilerin Gruplar Arası Karşılaştırılması

	n	min/max	ort / ss	t * /z**	p
Yaş					
Hastane	41	18/61	38,29±12,73		
TRSM	41	18/59	38,36±9,10	-0,30*	0,099
Eğitim süre					
Hastane	41	0/15	7,80±3,95		
TRSM	41	0/15	7,09±4,21	-0,468**	0,640
Çalışma Yılı					
Hastane	41	0/30	8,02±8,78		
TRSM	41	0/20	4,87±6,60	-1,555**	0,120

*Bağımsız gruplarda t testi / **z.mann whitney –u değeri

Tablo 4: Sosyodemografik Kesitli Verilerin Karşılaştırılması

	Hastane n/%	TRSM n/%	x²	p
Cinsiyet				
Kadın	6/14,6	11/26,8	1,855	0,173
Erkek	35/85,4	30/73,2		
Medeni Durum				
Bekar	22/53,7	32/78,0	9,060	0,011
Evli	14/34,1	3/7,3		
Boşanmış	5/12,2	6/14,6		
Çalışma Durumu				
Yok	34/82,9	36/87,8		
Var	7/17,1	5/12,2		
Kiminle Yaşıyor				
Yalnız	3/7,3	1/2,4	1,051	0,305
Aile/akraba	38/92,7	40/97,6		
Sigara Kul.				
Yok	16/39,0	21/51,2	1,231	0,267
Var	25/61,0	20/48,8		
Alkol Kul.				
Yok	35/85,4	40/97,6	3,905	0,048
Var	6/14,6	1/2,4		
Madde Kul.				
Yok	40/97,6	39/95,1	0,346	0,556
Var	1/2,4	2/4,9		
Fiziksel Has.				
Yok	37/90,2	35/85,4	0,456	0,500
Var	4/9,8	6/14,6		

X²:pearson ki kare değeri

4.2. KLİNİK ÖZELLİKLERİN GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI

Hastane ve TRSM grubundaki hastaların hastalık süreleri 1 ile 30 yıl arasında değişmekteydi. Hastane grubunun ortalama hastalık süresi $10,63 \pm 8,07$ yıl iken TRSM grubunun ortalama hastalık süresi $14,97 \pm 7,99$ yıldır. Her iki grubun ortalama hastalık süresi istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklıdır ($p < 0,05$). Hastane ve TRSM grubunda hiç yatışı olmayan en az bir hasta mevcuttu. Hastane grubunda en fazla 20 yatışı olan TRSM grubunda ise en fazla 12 yatışı olan hasta bulunmaktaydı. Hastane grubundaki hastaların ortalama yatış sayısı $3,17 \pm 3,72$ iken TRSM grubundaki hastaların ortalama yatış sayısı $3,04 \pm 2,89$ idi. Her iki grubun ortalama yatış sayıları istatistiksel açıdan benzerdir ($p > 0,05$). Son bir yıl içindeki ortalama yatış sayıları hastane grubunda $0,70 \pm 0,78$, TRSM grubunda ise $0,19 \pm 0,40$ iken; ortalama yatış gün sayıları hastane grubunda $16,41 \pm 20,1$, TRSM grubunda $4,43 \pm 10,42$ idi. Hastane ve TRSM grubunun son bir yıl içindeki ortalama yatış sayısı ($p < 0,01$) ve ortalama yatış gün sayısı ($p < 0,01$) istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklıdır (Tablo 5).

Tablo 5: Hastane Ve TRSM Grubunun Hastalık Süresi ve Yatış Sayıları Açısından Karşılaştırılması

	n	min/max	ort / ss	t * /z**	p
Hastalık Süresi					
Hastane	41	1/30	$10,63 \pm 8,07$	-2,446*	0,017
TRSM	41	1/30	$14,97 \pm 7,99$		
Yatış Sayısı					
Hastane	41	0/20	$3,17 \pm 3,72$	-0,357**	0,721
TRSM	41	0/12	$3,04 \pm 2,89$		
Son Yıl Yatış Sayısı					
Hastane	41	0/3	$0,70 \pm 0,78$	-3,400**	0,001
TRSM	41	0/1	$0,19 \pm 0,40$		
Son Yıl Yatış/Gün					
Hastane	41	0/70	$16,41 \pm 20,1$	-3,335**	0,001
TRSM	41	0/37	$4,43 \pm 10,42$		

*Bağımsız gruplarda t testi / **z:mann whitney –u değeri

Değerlendirme esnasında Hastane grubundaki 30 (%73,2) hasta, TRSM grubundaki 14 (%65,9) hasta çoklu antipsikotik kullanmaktaydı. Her iki grubun çoklu antipsikotik kullanım oranları istatistiki açıdan benzer bulundu ($p>0,05$). (Tablo 6)

Tablo 6: İlaç Kullanım Şekillerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması

	Hastane n/%	TRSM n/%	χ^2	p
Kullandığı İlaç				
Tekli AP	11/26,8	14/34,1	0,518	0,472
Çoklu AP	30/73,2	27/65,9		

X2 :pearson ki kare değeri , AP:Atipik Antipsikotik

4.3. ÖLÇEK PUANLARININ GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRILMASI

Her iki grubun uygulanan ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 7' de verilmiştir. Hastane grubunun PANSS pozitif puan ortalaması $18,12\pm 9,53$, PANSS negatif puan ortalaması $26,20\pm 7,05$, PANSS genel puan ortalaması $37,42\pm 13,79$ ve PANSS toplam puan ortalaması $81,75\pm 25,93$ iken; TRSM grubunun PANSS pozitif puan ortalaması $13,39\pm 5,54$, PANSS negatif puan ortalaması $19,68\pm 9,06$, PANSS genel puan ortalaması $30,58\pm 8,93$ ve PANSS toplam puan ortalaması $63,65\pm 20,54$ olarak görüldü. PANSS pozitif ortalama değerlerinin istatistiki açıdan benzer olduğu görüldü ($p>0,05$). PANSS negatif ($p<0,01$), PANSS genel ($p<0,01$) ve PANSS toplam puan ortalamalarının ($p<0,01$) ise istatistiki açıdan ileri anlamlı derecede farklı olduğu görüldü.

Hastane grubunun SİÖ toplam puan ortalaması $462,67\pm 185,51$ iken TRSM grubunun SİÖ toplam puanı ortalaması $674,53\pm 72,56$ idi. Her iki grubun SİÖ toplam puan ortalamaları istatistiki açıdan ileri derecede anlamlı farklıdır ($p<0,01$). SİÖ'nün alt ölçeklerine bakıldığında her iki grubun çekimsellik, kişilerarası işlevsellik, hobi ve öncü sosyal etkinlikler alt ölçekleri ileri derecede anlamlı farklıydı ($p<0,01$). Bağımsız performans alt ölçeği ise anlamlı derecede farklıydı ($p<0,05$). Her iki grubun bağımsız

yetkinlik ve iş alt ölçekleri ortalama puanları ise istatistiki açıdan benzer bulundu ($p>0,05$).

Hastane grubunun YNÖ toplam puan ortalaması $37,58\pm 16,96$ iken TRSM grubunun YNÖ toplam puanı ortalaması $56,29\pm 20,64$ idi. Her iki grubun YNÖ toplam puan ortalamaları istatistiki açıdan ileri derecede anlamlı farklıdır ($p<0,01$). YNÖ'nün alt ölçeklerine bakıldığında her iki grubun kişiler arası ilişkiler ve ruhsal bulgular alt ölçekleri ileri derecede anlamlı farklıydı ($p<0,01$). Meslek ve kişisel faaliyetler alt ölçeği ise anlamlı derecede farklıydı ($p<0,05$).

Hastane grubunun Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puan ortalaması $5,97\pm 5,41$ iken TRSM grubunun Calgary Depresyon ölçeği puanı ortalaması $3,60\pm 4,33$ idi. Her iki grubun Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puan ortalamaları istatistiki açıdan anlamlı farklıdır ($p<0,05$).

Hastane grubunun İlgörü ölçeğinin 1. madde puan ortalamasının $2,36\pm 1,27$, 2. madde puan ortalamasının $2,17\pm 1,13$ ve 3. madde puan ortalamasının $2,31\pm 1,27$ olduğu görüldü. TRSM grubunun 1. madde puan ortalamasının $1,43\pm 0,975$, 2. madde puan ortalamasının $1,341\pm 0,794$ ve 3. madde puan ortalamasının $1,658\pm 1,10$ olduğu bulundu. Her iki grubun 1. , 2. ve 3. Madde puan ortalamalarının istatistiki açıdan ileri derecede anlamlı farklıdır ($p<0,01$).

Tablo 7: Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Hastane n:41 ort /ss	TRSM n:41 ort/ss	t * /z**	p
PANSS				
Pozitif	18,12±9,53	13,39±5,54	-1,818**	0,069
Negatif	26,20±7,05	19,68±9,06	3,605*	0,001
Genel	37,42±13,79	30,58±8,93	2,642*	0,01
Toplam	81,75±25,93	63,65±20,54	3,474*	0,001
SiÖ				
Çekilme	91,17±10,72	103,37±11,14	-5,055*	0,00
Kiş.Ar. İşl.	90,93±14,93	100,50±12,66	-3,451**	0,001
B.Performans	83,39±16,94	92,12±19,42	-2,169*	0,033
B.Yetkinlik	101,78±16,58	104,67±14,80	-0,592**	0,554
Hobi	103,01±171,93	89,90±15,90	-3,793**	0,000
Öncül sos.	84,81±11,61	98,17±14,28	-4,610*	0,00
İş	87,46±10,03	85,79±8,09	-0,779**	0,436
Toplam	462,67±185,51	674,53±72,56	-3,237 **	0,001
YNÖ				
K.iliş	13,31±6,62	21,46±8,50	-4,839*	0,00
Meslek	4,34±3,87	6,73±4,58	-2,486**	0,013
Ruh.bulgular	14,35±6,27	20,68±7,31	-4,177*	0,00
Kişisel faal	5,23±2,24	7,41±5,46	-2,113**	0,035
Toplam	37,58±16,96	56,29±20,64	-4,414*	0,00
Calgary Depresyon	5,97±5,41	3,60±4,33	-2,093**	0,036
İçgörü				
1.Madde	2,36±1,27	1,43±0,975	-4,110**	0,000
2.Madde	2,17±1,13	1,341±0,794	-4,038**	0,000
3.Madde	2,31±1,27	1,658±1,10	-2,970**	0,003

t: Bağımsız gruplarda Student t testi, z:mann whitney-u değeri, Kiş.Ar.İşl.:Kişilerarası İşlevsellik, B.Performans:Bağımsızlık Düzeyi-Performans, B.Yetkinlik:Bağımsızlık Düzeyi- Yetkinlik, Öncül sos.:Öncül Sosyal Etkinlikler, K.iliş: Kişilerarası İlişkiler, Meslek :Mesleki Rol Ruh.bulgular:Ruhsal Bulgular, Kişiselfaal:Kişisel Eşya-Faaliyetler

Hastane ve TRSM grubunda ölçek puanlarının birbiri ile ilişkisi tablo 8’de verilmiştir. Hastane grubunda içgörüsüzlük puanlarının sosyal işlevsellik, yaşam niteliğine PANSS toplam puanlarıyla ilişkisi bulunmamıştır. TRSM grubunda ise içgörüsüzlük puanları, sosyal işlevsellik ve yaşam niteliği ölçeği ile negatif yönde; PANSS toplam puanı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (p<0.05). Sosyal işlevsellik ölçeği her iki grupta yaşam niteliği ile pozitif yönde ilişkili bulunurken (p<0.05),

PANSS toplam puanı ile TRSM grubunda negatif yönde ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşam niteliği ölçeği ise her iki grupta PANSS toplam puanı ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur.

Tablo 8: Hastane ve TRSM grubunda ölçek puanlarının birbiri ile ilişkisi

Grup		İÇ1 r	İÇ2 r	İÇ3 r	Siötop r	Yşntop r	Pansstop r
Hastane	İÇ1	1	,831**	,955**	-,118	,134	,153
	İÇ2	,831**	1	,841**	-,121	,146	,269
	İÇ3	,955**	,841**	1	-,157	,071	,217
	Siötop	-,118	-,121	-,157	1	,359*	-,166
	yşntop	,134	,146	,071	,359*	1	-,420**
	pansstop	,153	,269	,217	-,166	-,420**	1
TRSM	İÇ1	1	,511**	,765**	-,537**	-,488**	,549**
	İÇ2	,511**	1	,817**	-,325*	-,308*	,225
	İÇ3	,765**	,817**	1	-,413**	-,374*	,424**
	siötop	-,537**	-,325*	-,413**	1	,855**	-,583**
	yşntop	-,488**	-,308*	-,374*	,855**	1	-,544**
	pansstop	,549**	,225	,424**	-,583**	-,544**	1

r: Pearson korelasyon katsayısı

** $P<0.01$ düzeyinde anlamlı korelasyon mevcut.

* $P<0.05$ düzeyinde anlamlı korelasyon mevcut.

İÇ:İçgörüsüzlük Ölçeği, SiÖ:Sosyal İşlevsellik Ölçeği, YŞN:Yaşam Niteliği Ölçeği

5. TARTIŞMA

5.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Yaş ortalaması hastane grubunda 38,29±12,73 kontrol grubunda 38,36±9,10'dur. Hastane ve TRSM grupları arasında yaş ortalaması ve dağılımı açısından anlamlı bir fark yoktur. Çalışmaya alınan 82 hastanın 17'si (%20,73) kadın, 65'i (%79,26) erkektir. Geçmişte yapılan bazı çalışmalarda şizofreni insidansının her iki cinsten eşit olduğu düşünülmekteydi. NIMH ECA ve Dünya Sağlık Örgütü'nün çalışmalarında şizofreni insidansında cinsiyete dayalı farklılık bulunmamıştır (155, 156). Bazı çalışmalarda ise erkeklerde daha yüksek insidans bildirilmiştir. Örneğin yapılan çalışmaların birinde 1,5:1, bir diğerinde 2,5:1 erkek-kadın oranları saptanmıştır (157,158). Bir başka epidemiyolojik çalışmada da şizofreni sıklığının erkeklerde daha yüksek olduğu görülmektedir (159). Ayrıca kadınlarda şizofreni başlangıç yaşı erkeklere göre daha yüksektir ve erkeklerde hastalık daha ağır seyretmektedir (160,161,162). Bir başka açıdan cinsiyet dağılımındaki bu fark ülkemizde kadın hastaların sağlık kuruluşlarını daha az kullanabildiğini gösteriyor olabilir. Her iki grupta da cinsiyet oranı erkek lehine yüksektir, buna karşın iki grup arasında cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($\chi^2=0.800$, $p=0.371$). Hastane grubundaki hastaların ortalama eğitim süresi 7,80±3,95 iken, TRSM grubunun ortalama eğitim süresi 7,09±4,21'dir. Hastane grubunda 14(%34,1), TRSM grubunda ise sadece 3(%7,3) hasta evli; ayrıca hastane grubunda 34(%82,9), TRSM grubunda ise 36(%87,8) hasta değerlendirme esnasında herhangi bir işte çalışmıyordu. Şizofreni hastalarının % 40 - 60'ının hastalığın yıkımla giden etkisi altında toplumsal ve mesleki yetiyitimi yaşadıkları belirtilmektedir (10). Çalışma grubumuzun sosyodemografik özellikleri literatürü desteklemektedir.

Çalışmamızda olgu yönetiminin şizofreni hastalarının klinik belirtilerine ve işlevsellik düzeylerine etkisi, hastane ve TRSM polikliniklerinden takip edilen hastaların karşılaştırılması ile araştırılmıştır. TRSM grubunun yaş, cinsiyet, çalışma durumu, çalışma süresi, yalnız yaşama, ek fiziksel hastalık, madde ve sigara kullanımı

yönlerinden hastane grubuna göre benzer durumda olduğu; alkol kullanımı ve medeni durum açılarından hastane grubunun istatistiki açıdan yüksek olduğu anlaşılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında sosyodemografik özellikler sorun teşkil etmemektedir.

5.2.KLİNİK ÖZELLİKLER VE ÖLÇEK PUANLARI

Son yıl ortalama yatış sayıları hastane grubunda $0,70\pm 0,78$, TRSM grubunda $0,19\pm 0,40$; son yıl ortalama yatış gün sayıları hastane grubunda $16,41\pm 20,1$, TRSM grubunda $4,43\pm 10,42$ olmuştur ve bu farklar istatistiki açıdan ileri düzeyde anlamlılık taşımıştır ($p<0,01$). Bu sonuçlar Zeytinburnu TRSM örneğinde sunulan olgu yönetimi uygulamalarının etkin olduğunu göstermektedir. Literatürde TRSM'lerin sık yatışları engelleme oranı, toplum ruh sağlığı merkezlerinin etkinliğini değerlendiren en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir(1,143). Literatürde TRSM'lerin yatış gün sayılarını %20 ile % 85 arasında değişen oranlarda azalttığını bildiren çalışmalar mevcuttur (163).

Çalışmamızda hastane grubunda %73,2 oranında, TRSM grubunda ise %65,9 oranında çoklu antipsikotik kullanımı tespit edilmiştir. Bu oranlar ülkemizde ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde yapılmış olan çalışmalara benzerdir (164). TRSM grubunda çoklu ilaç kullanımında kısmi bir azalma tespit edilmişse de bu azalma istatistiki anlamlılık kazanmamıştır ($p>0,05$). Literatürde çoklu ilaç kullanımının üstesinden gelmek için en etkili müdahale olarak, hastaları yakından gözleyen ve ruhsal toplumsal destek tedavileri sunan servislerin faaliyetlerine dikkat çekilmektedir (165,166).

Konu ile ilgili yapılan bir diğer çalışmada, hastaları ruhsal toplumsal destek tedavileri ile yakından izlemenin, 12. aydaki değerlendirmede günlük ilaç tedavi ortalama dozunu 1131 mg'dan 731 mg' a azalttığı, ancak çoklu ilaç kullanım oranını ise etkilemediği (%54.0 dan %60.0) bildirilmiştir(167). Tungaraza ve arkadaşlarının, 5 toplum ruh sağlığı merkezindeki hastaların ilaç kullanım şekillerini inceledikleri çalışmada ise %67.3 oranında çoklu antipsikotik kullanımı bulunmuştur. Bu çalışmada, toplum ruh sağlığı merkezi faaliyetlerine rağmen çoklu antipsikotik kullanımının yüksek oranda devam ettiği bildirilmiş ve hekimlerin çoklu ilaç yazma tutumlarına yönelik müdahalelerin geliştirilmesi önerilmiştir (168).

Tani ve arkadaşlarının yapmış olduğu derlemede, hastaların belirtilerini ve ilaç yan etkilerini yakından izlemeye ek olarak, hekimlerin ilaç yazma tutumlarına yönelik müdahaleler ile çoklu ilaç kullanımı konusunda başarı sağlanabildiğine dikkat çekilmiştir. Özellikle izlemin 24 ay yapıldığı çalışmalarda olumlu sonuçlar vurgulanmıştır (169). Bizim çalışmamızda da TRSM grubunun çoklu ilaç kullanımının hastane grubuna göre az olmakla birlikte görece yine de yüksek oranda devam ettiği görülmüştür. Bu sonuç; TRSM hekimlerine yönelik “çoklu ilaç kullanımının olumsuz etkilerine eğitimler ve çoklu ilaç reçete eden hekimlerin deneyimli bir süpervizor ile hastaları izlemesi” gibi uygulamaların gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızda TRSM grubundaki hastaların PANNS toplam, negatif ve genel psikopatoloji alt skorlarındaki ileri derecede anlamlı düşüklük ($p<0,01$) olması, PANSS pozitif puanlarında ise istatistiki anlamlılığın hemen üzerinde düşüklük bulunması ($p=0,06$), olgu yönetiminin hastalardaki klinik belirtilerin düzelmesine katkı yaptığını göstermektedir. Farmakolojik tedavilerin özellikle negatif belirtilere etkisinin kısıtlı olduğu bilinmektedir. Öte taraftan negatif belirtiler tedavi uyumunun önündeki en büyük engellerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu sebeplerden ötürü şizofreni tedavisinde farmakolojik tedavilerin ve ruhsal toplumsal destek tedavilerin bir arada verilmesi önerilmektedir(170). Pek çok çalışmada ruhsal toplumsal destek tedavilerin ilaç tedavisine uyumu artırarak belirti düzelmesine katkı sağladığı gösterilmiştir (171,172,173). Bizim çalışmamızda negatif belirtilerde, genel ve toplam belirti puanlarında anlamlı fark görülmesi($p<0,01$);olgu yönetiminin belirti düzeyindeki iyileşmeye ilaç uyumundan bağımsız etki yaptığını göstermektedir. İlaç uyumu iyi olan tedaviye dirençli şizofreni hastalarında bu tür destek tedaviler iyi birer seçenek olabilirler.

Çalışmamızın dikkat çeken diğer bir sonucu; TRSM grubunda içgörü düzeyinde ileri derecede anlamlı ($p<0,01$) yükseklik olması ile birlikte PANSS negatif, genel ve toplam puanlarında ileri derecede anlamlı ($p<0,01$) depresyon puanlarında ise anlamlı ($p<0,05$) düşüklük saptanmasıdır. Mint ve arkadaşları yaptıkları meta-analizde içgörü ile negatif, pozitif ve global semptomlar arasında negatif ilişki tespit etmişlerdir (174). Ayrıca hastaların içgörü kazandıkça depresyon puanlarının arttığı bildirilmektedir (175). Hastaların hastalığa dair tutumları, kendi kendini damgalamaları, hastalığın kontrol edilemeyeceğine dair düşünceleri, yeti kaybını algılama düzeyleri, hastalık öncesi

kişilik ve bağlanma biçimleri depresyon gelişimindeki etkenler olarak sıralanmaktadır. İlgörü kazandıkça ortaya çıkacak depresyonun ise TRSM'ler gibi ruhsal toplumsal destek tedaviler sunan servislerin hastaları yakından izlemesi ile önlenebileceği bildirilmektedir (175).

Çalışmamızda TRSM grubunun sosyal işlevsellik ölçeği toplam puanı ve bağımsız yetkinlik ve iş alt ölçeği puanları dışındaki tüm alt ölçek puanlarında ve yaşam niteliği ölçeği toplam ve alt ölçek puanlarında anlamlı yükseklik tespit edilmiştir ($p<0,05$). Sosyal işlevsellikteki azalma, sosyal biliş kapasitesindeki değişim ile açıklanmaktadır (176). Sosyal biliş; başkalarını ve kendisini sosyal etkileşim halinde bireyler olarak görebilme ve başkalarının duygu düşünce ve niyetlerini anlayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Sosyal biliş kapasitesi şizofreni hastalığının yeti kaybı sonuçlarını belirleyen en önemli etken olarak kabul edilmektedir (177). Sosyal biliş kapasitesinde ve dolayısı ile yeti kaybındaki düzelleme yaşam kalitesini belirti düzelmesinden daha fazla etkilemektedir (177). Sosyal biliş kapasitesine yönelik eğitimlere odaklanmayan, sadece hastaların acil ihtiyaçlarına çözüm üretmeye çalışan TRSM'lerin, hastaların sosyal işlevselliğine etkisinin kısıtlı olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte; toplum temelli hizmet modeli ile son yirmibeş yılda şizofreni hastalarının sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi artmıştır (163,178,179,180). Çünkü pek çok psikososyal müdahale direkt olarak sosyal biliş kapasitesine yönelik eğitimler içermese de sosyal biliş kapasitesini artırmaktadır. Ancak özellikle yüz ifadelerini ve duyguları tanımaya yönelik eğitimlere odaklanan müdahaleler ile en etkili sonuçlar alındığı bildirilmektedir (176). Ülkemiz TRSM yapılanmasında bu tür müdahalelerin etkin şekilde kullanıldığına dair çalışma bulunmamaktadır. Bu tür müdahalelerin uygulanması ve sonuçların paylaşılması faydalı olacaktır.

Çalışmamızda sosyal işlevsellik ölçeği ve yaşam niteliği ölçeği toplam puanlarındaki anlamlı yüksekliğe rağmen, sosyal işlevsellik ölçeğinin meslek alanında anlamlı fark görülmemiştir. Yaşam niteliği meslek alt ölçeğinde ise anlamlı fark görülmüştür. Sosyal işlevsellik meslek alt ölçeğinde elde edilen bulguyla çelişkili bu sonucun; yaşam niteliği meslek alt ölçeğinin evde üstlenilen sorumlulukları da değerlendirmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Hastane grubunda 7(%17,1) ve TRSM grubunda 5 (%12,2) hasta çalışmaktaydı. Grupların çalışma durumu istatistiki anlamda benzerdi ($p>0,05$).Toplum temelli dengeli modelin diğer kurumlarından olan

korunmalı işyerlerinin ve destekli yarışmalı işyerlerinin ülkemizde de kurulması ve yaygınlaştırılması ile bu grup hastaların çalışma hayatına katılımı arttırılabilir (3,5,181).

Çalışmamızda ölçek sonuçlarının ilişkisine bakıldığında hastane grubunda içgörüsüzlük puanlarının sosyal işlevsellik, yaşam niteliği ve PANSS toplam puanlarıyla ilişkisi bulunmamıştır. TRSM grubunda ise içgörüsüzlük puanları; sosyal işlevsellik ve yaşam niteliği ölçeği ile negatif yönde, PANSS toplam puanı ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal işlevsellik ölçeği her iki grupta yaşam niteliği ile pozitif yönde ilişkili bulunurken ($p<0.05$), PANSS toplam puanı ile sadece TRSM grubunda ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Yaşam niteliği ölçeği ise her iki grupta PANSS toplam puanı ile ilişkili bulunmuştur. Literatürde ise sosyal işlevsellik ve yüksek içgörünün pozitif yönde ilişkili olduğu, yaşam niteliğinin ise yüksek içgörü ile negatif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda sadece TRSM grubunda yüksek içgörü ile sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi ile ilişki bulunması iyileşme düzeyinin sonuçları etkilediğini düşündürmektedir (182).

TRSM modeli etkili bir yöntem olmakla birlikte, tedavi sonuçları bu merkezlerin yapısı ve çalışma düzenine göre de değişebilmektedir (163,173,183). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde en iyi verimi alabilmek amacıyla bir psikiyatristin tam zamanlı çalışması önerilmektedir (141,184,185).

Hekimin tam zamanlı çalışması; hastaların ilaç tedavisi takibini ve aile hekimlerinin takip ettiği vakalarda işbirliğini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca hizmet içi eğitimin daha etkin yapılmasını sağlamaktadır (186,187).

TRSM ekibinin büyüklüğünün yerel gereksinimlere ve izlem yaptıkları olgulara göre belirlenmesi ve olgu yöneticisi başına en fazla 30 hasta düşmesi önerilmektedir (143,188). Zeytinburnu TRSM'de hekimin tam zamanlı çalışması, olgu yükünün, çalışmanın yapıldığı tarihlerde önerilen oranlara yakın olması, çalışma sonuçlarına olumlu katkı yapan faktörler olarak görülmektedir. Hastayı yaşadığı yerde görme ve izlemenin tedavi sonuçlarını olumlu etkilediği ileri sürülmektedir. Kuzey İrlanda'da yapılan geriye dönük bir araştırmada ev temelli ruh sağlığı hizmetlerinin hastaneye yatış oranlarını %50 azalttığı bildirilmiştir (189). Zeytinburnu TRSM'de hastaların yalnızca merkeze gelmesi beklenmemiş, gezici ekip hastaları yaşadığı yerde izlenmiştir. Bu yaklaşım tarzının belirtilerde düzeylerindeki ve işlevsellikteki anlamlı farklılıkta etkili

olduğu düşünölmektedir. Ancak Zeytinburnu TRSM deki bu yapılanma biçimi orta düzey kaynak ayrılan TRSM yapılanmasıdır. İlerleyen dönemlerde 7/24 çalışma olanağının elde edilmesi, krize müdahale, erken müdahale gibi özellikli ekiplerin kurulması ile üst düzey kaynak ayrılmış TRSM yapılanmasına kavuşulabilecektir (5).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda TRSM sisteminde takip edilen hastaların hastane poliklinik sisteminde takip edilen hastalara göre belirti puanlarının düşük, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi puanlarının yüksek bulunması olgu yönetimi temelinde sunulan ruhsal toplumsal destek tedavilerin özgün etkisini ortaya koymaktadır. Ülkemiz için yeni olan toplum temelli ruh sağlığı hizmet sunumunun yaygınlaşması ile bu grup hastaların tedavisinde daha başarılı sonuçlar alınabilecektir. Ayrıca TRSM uygulamalarının içerisine sosyal biliş eğitimlerinin dahil edilmesi ve bu eğitimlerin etkinliğinin araştırılması yol gösterici olabilir. Çoklu ilaç kullanımının önüne geçebilmek amacıyla hekimlerin ilaç yazma tutumlarına yönelik uygulamaların geliştirilmesi ve bu uygulamaların sonuçlarının araştırılması yararlı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Alatas G, Akfer K, Arslan M ve ark. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Nöropsikiyatri Arşivi,2009, 46 (Özel Sayı) 25-9.
2. Burns T. Community Mental Health Teams. Psychiatry, 2004, Volume 3, Issue 9, Pages 11-14
3. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospital-based mental health care. World Psychiatry, 2002,1(2): 84-90.
4. Ensari H. Koruyucu Psikiyatri Açısından Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Rehabilitasyon Çalışmaları. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics, 2011,4(4): 86-93.
5. Thornicroft G and Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. Br J Psychiatry, 2004, 185: 283-90.
6. Thornicroft G, Tansella M. Better Mental Health Care, 2009, Cambridge,52-55.
7. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı(2011-2023).Sağlık Bakanlığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı yayınları no:847,2011
8. Ensari H, Gultekin BK, Karaman D, Koc A, Beskardes AF. The effects of the service of community mental health center on the patients with schizophrenia - evaluation of quality of life, disabilities, general and social functioning- a summary of one year follow-up. Anadolu Psikiyatri Derg. 2013; 14(2): 108-114
9. Aydın E, Tabo A, Karamustafalioglu KO, Alatas G, Aydın E, Yigit S, Erkus GH. Revolving door phenomenon: the effect of application of community-based mental health services model at acute psychiatric hospitalization. Anadolu Psikiyatri Derg. 2014; 15(3): 185-191.
10. Firn M, Burns T. Assertive outreach, 2004; Pschiatry 3:9
11. Aydın H. Synopsis of Psychiatry. (Çeviri Ed). 2. Baskı, İstanbul: Güneş Kitabevi ltd.Şti.2005, 134-153.
12. Köroğlu E, Güleç C (Ed). Psikiyatri temel kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

13. Conley R R, Kelly D L. Pharmacologic treatment of schizophrenia (3th ed). New York, Professional Communications Inc, 2007:13-14.
14. Kuhn R. Eugen Bleuler's concepts of psychopathology. *Hist Psychiatry* 15 2004 (3): 361–366.
15. Soygür H. Cankurtaran S E. Damgalama ve Ruh Sağlığı: tarihsel süreç içinde bir bakış (ed.)Taşkın O. Stigma: Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama, İzmir, Meta Basım, 2007; 41-59.
16. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları, Ankara, 2004.
17. Sadock B J, Sadock V A. (Çeviri Editörleri, Aydın H, Bozkurt A). Kaplan Sadock, Klinik Psikiyatri. 2. baskı. Güneş Kitabevi Ltd Şti, Ankara, 2005.
18. Ceylan ME, Çetin M. Araştırma ve uygulamada biyolojik psikiyatri (1. cilt). 3. baskı, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri AŞ, İstanbul, 2005.
19. Nasrallah HA, Smeltzer DJ (Çeviri editörleri: Alptekin K), Şizofreni güncel tanı ve tedavi kitabı. 1. baskı, AstraZeneca, 2005.
20. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Birsöz S, Karaman T (Çeviri Ed.) Birinci Baskı, Ankara; Güneş Kitabevi, 2003; 260-277.
21. Isık E. Güncel Sizofreni, Format Matbaacılık, Ankara, 2006.
22. Güleç C, Köroğlu E. Temel Psikiyatri Cilt 1, 2007, 184-205.
23. American Psychiatric Association: DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition Cambridge, 1994.
24. Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Köroğlu E (Çeviri Ed.) 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007, 419-447.
25. Zimmerman M, Spitzer R. Psychiatric classification. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Sadock B, Sadock V(ed) 8th edition. Philadelphia Lippincott Williams& Wilkins, 2005;1003-1034.
26. World Health Organisation: the ICD- 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Geneva, 1992.

27. Jablensky A, Sartorius N, Emberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A, Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992; 20: 1-97.
28. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(6):565-71.
29. Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda G Increasing criminality in patients with schizophrenia: Fiction, logical consequence or avoidable side effect of the mental health reforms? *Neuropsychiatry* 2010 24:170-181.
30. Hafner H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28(supp.2): 17–54.
31. Faris REL, Dunham HW. Mental disorders in urban areas; an ecological study of schizophrenia and other psychoses. Chicago, Ill. The University of Chicago press; 1939.
32. Eaton W, Harrison G. Ethnic disadvantage and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000 (407);38-43.
33. Riecher-Rössler A, Fatkenheuer B, Löffler W et al. Is age of onset in schizophrenia influenced by marital status? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 1992;27: 122-128.
34. Tien AY, Eaton WW. Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49: 37-46.
35. Bromet EJ, Dew MA, Eaton WW. Epidemiology of Psychosis with Special Reference to Schizophrenia. In: Tsuang MT TM, ed. *Textbook In Psychiatric Epidemiology*. second ed. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2002;365-87.
36. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(7):663- 8.
37. Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence-conditional on genetic risk. *Schizophr Bull* 2005;31(4):795-9.
38. Boydell J, R. M. Urbanization, migration and risk of schizophrenia. In: Murray RM, Jones P B, Susser E, van Os J, Cannon M, ed. *The epidemiology of schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003;49-70.

39. Brown AS, Schaefer CA, Wyatt RJ, et al. Maternal exposure to respiratory infections and adult schizophrenia spectrum disorders: a prospective birth cohort study. *Schizophr Bull* 2000;26(2):287-95.
40. Dean K, Murray RM. Environmental risk factors for psychosis. *Dialogues Clin Neurosci* 2005;7(1):69-80.
41. Kokaçya MH: Semptomatik remisyonunda olan ve olmayan şizofreni hastalarının yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Tıpta uzmanlık tezi, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. Gaziantep 2010.
42. Stahl SM. psikofarmakolojinin temelleri. Çeviri editörleri: Taneli B, Taneli Ş. Yelkovan, İstanbul, 2003.
43. American Psychiatric Association: DSM-V. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2013
44. Öztürk O, Uluğ B (Çev. Ed). Şizofreni, şizotipal ve sanrılı bozukluklar. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlar ve Tanı Kılavuzları içinde. Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993. 77-100.
45. Lieberman AJ. Textbook of Schizophrenia. The American Psychiatric Publishing. Washington DC and London, 2006.
46. Deveci A, Danacı AE. Sizofrenide Erken Uyarıcı Belirtiler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2006; 19(1): 20-23.
47. Işık E, U Işık. Şizofreni. Işık E, Taner E, Işık U (editörler). *Güncel Klinik Psikiyatri kitabı* (2. Baskı). Ankara, Asimetrik Paralel, 2008:81-115.
48. Perkins DO, Miller-Andersen L, Lieberman JA. Natural history and predictors of clinical course. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO editors. *Textbook of Schizophrenia*. Washington DC: The American Psychiatric Publishing; 2006; 289-301.
49. Buchanan RW, Carpenter WT. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Sadock BJ, Sadock VA (eds). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed) (çev. ed. H Aydın, A Bozkurt). Güneş Kitabevi, Ankara, 2007;1329-1512.
50. Herz MI J, Lamberti S, Mintz J. A Program for Relaps Prevention in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:277-283.
51. Herrman HE, Baldwin JA, Christie D. A record-linkage study of mortality and general hospital discharge in patients diagnosed as schizophrenic. *Psychol Med*. 1983;13(3):581-593.

52. Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM, Kessler RC. Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53: 1022-1031.
53. McEvoy JP, Apperson LJ, Appelbaum PS, Ortlip P, Brecosky J, Hammill K, Geller JL, Roth L. Insight in schizophrenia. It's relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis*, 1989; 177: 43-47.
54. Greenfeld D, Strauss JS, Bowers MB, Mandelkern M. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. 1989;15(2):245-252.
55. David A. Insight in Psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156: 798-808.
56. Kemp R, David A. Insight and compliance. In: *Treatment Compliance and the Therapeutic Alliance in Serious Mental Illness* (Ed B Blackwell). Harwood Academic Publishers: The Netherlands, 1997; 61-84.
57. Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, Kemp R, David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med*, 1998; 28:437-446.
58. Tek C, Kirkpatrick B, Buchanan RW. A five-year follow up study of deficit and nondeficit schizophrenia. *Schizophr Res* 2001; 49:253-260.
59. Markova IS, Berrioz GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: A new scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992; 86: 159-164.
60. Sartorius N, Shapiro R, Kimura M ve ark. WHO international pilot study of schizophrenia. *Psychol Med*, 1972; 2(4): 422- 425.
61. McEvoy JP, Aland J Jr, Wilson WH ve ark. Measuring chronic schizophrenic patients attitudes toward their illness and treatment. *Hosp Comm Psychiatry*, 1981; 32(12): 856-858.
62. Amador XF, Strauss DH, Yale SA ve ark. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*, 1993; 150(6): 873-879.
63. Lysaker P, Bell M, Milstein R. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry* 1994; 57:307-315.
64. Baier M, De Shay E, Owens K. The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 200; 14:259-265.

65. Debowska G, Grzywa A, Kucharska-Pietura K. Insight in paranoid schizophrenia-- its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Compr Psychiatry* 1998 Sep-Oct;39(5):255-260.
66. Rossell SL, Coakes J, Shapleske J, Woodruff PW, David AS. Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychol Med* 2003 Jan;33(1):111-119.
67. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000; 51:216- 222.
68. Townsend JM. Cultural conceptions and mental illness. A controlled comparison of Germany and America. *J Nerv Ment Dis*, 1975; 160(6):409-21.
69. Perkins RE, Moodley P Perception of problems in psychiatry inpatients: denial, race and service usage. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1993; 28(4):189-93.
70. Peralta V, Cuesta MJ. Factor structure and clinical validity of competing models of positive symptoms in schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 1998; 44: 107-114.
71. Dickerson FB, Boronow JJ, Ringel N ve ark. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 1997; 48: 195-199.
72. Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S ve ark. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 2000; 177: 511-515.
73. Moore O, Cassidy E, Carr A, Callaghan EO. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur. J? Psychiatry*, 1999; 14: 264-269.
74. Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I et al. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res*, 1999; 35: 247-253.
75. Drake RJ, Pickles RP, Bentall P ve ark. The evaluation of insight, paranoia and depression during early schizophrenia *Psychol Med*, 2004; 34: 285-292.
76. Sanz (1998). A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med*. 1998; 28(2):437-46.
77. Mc Glashan TH, Carpenter JR. Postpsychotic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1976; 33: 231-239.
78. Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: A longitudinal perspective. *Schizophr Res*, 1998; 33: 63-67.

79. Evren CE, Evren B, Erkıran M. Şizofrenili Hastalarda Özkıyım düşüncesi: Pozitif, negatif belirtiler, depresyon ve içgörüyle ilişkisi. Türk Psikiyatri Derg, 2002; 13 (4): 255-264.
80. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C ve ark. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. Am J Psychiatry, 1996; 153:1185-1188.
81. Rosen K, Garety P. Predicting recovery from schizophrenia: a retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes. Schizophr Bull 2005;31(3):735-750.
82. Drake RJ, Dunn G, Tarrier N, Bentall RP, Haddock G, Lewis SW. Insight as a predictor of the outcome of first-episode nonaffective psychosis in a prospective cohort study in England. J Clin Psychiatry 2007;68(1):81-86.
83. Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Chung HH. Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: A prospective study. Compr Psychiatry 2002;43(6):443-447.
84. Bartko G, Herczeg I, Zador G. Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. Acta Psych Scand 1998;74-76.
85. Çobanoğlu Ü, Aket T ,Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları .Düşünen Adam 2003 ,16(4):211-218
86. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. Psychiatr Serv 2000; 51(2): 216-222.
87. Aker T, Üstünsoy S, Kuğu N, Yazıcı A. Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzluğu değerlendirme ölçeği, 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Poster Bildirisi, 2000.
88. Heyscue BE, Levin GM, Merrick JP. Compliance with depot antipsychotic medication by patients attending outpatient clinics. Psychiatr Serv Sep 1998; 49(9):1232-1234.
89. Axelroad S, Wetzler S. Factors Associated With Better Compliance With Psychiatric Aftercare. Hos And Comn Psychiatry April 1989; 40: 397-401.
90. Awad A G. Subjective Response to Neuroleptics in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1993, Vol 19, No: 3
91. Nielsen R E, Lindström E, Nielsen J, Levander S. DAI-10 is as good as DAI-30 in schizophrenia. European Neuropsychopharmacology (2012) 22, 747–750

92. Liddle PF. Depression and the experience of psychological deficits in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:243-247
93. Knights A. Revealed depression and drug treatment for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38:801-806
94. Daw J. The side effects of fluphenazine decanoate. *Br J Psychiatry* 1973;123:519-522.
95. Siris S G. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV. *Schizophr Bull* 1991;17: 75-98.
96. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları: Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara, I. Baskı Ekim 2007; 186, 384
97. Tollefson GD, Andersen SW. Should we consider mood disturbance in schizophrenia as an important determinant of quality of life? *J Clin Psychiatry* 1999;60 (Suppl 5):S23-S29.
98. Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S, Walkup J, Weiden PJ. Assessing clinical predictions of early rehospitalization in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:721-729.
99. Nakaya M, Komahashi T, Ohmori K ve ark. The composition of the depressive syndrome in acute schizophrenia. *Schizophr Res* 1998; 34(3):151-7.
100. Peuskens J. Proper psychosocial rehabilitation for stabilised patients with schizophrenia: the role of new therapies. *Eur Neuropsychopharmacol* 1996; Suppl 2:S7-S12.
101. Kasper S. From symptoms to social functioning: differential effects of antidepressant therapy. *Int Clin Psychopharmacol* 1999;14(Suppl 1):27-31.
102. Erol A, Ünal EK, Aydın ET, Mete L. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009;20(4):313-321.
103. Stanghellini G, Ballerini M. Şizofreni hastalarında B ölçütü (sosyal işlev bozukluğu): bir bulmaca. *Curr Opin Psychiatry Türkçe Baskı* 2008;4(1):14-21.
104. Wimmer H, Perner J. Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition* 1983;13(1):103-128.

- 105.Erol A. Şizofrenide klinik özellikler ve tanı ölçütleri, kullanılan ölçekler. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H (Ed.). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007,166-195.
- 106.Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. British Journal of Psychiatry 1990; 157: 853-859.
- 107.Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, et al. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relaps. Br J Psychiatry 1988;153:532-542.
- 108.Vázquez-Morejón A.J. and Jiménez García-Bóveda R. Social Functioning Scale (S.F.S): new contributions concerning its psychometrics characteristics in a Spanish adaptation, Psychiatry Research 93 2000; pp. 247–256.
- 109.Chowdur R, Dharitri R, Kalyanasundaram S, and Suryanarayana RN. Efficacy of psychosocial rehabilitation program: The RFS experience. Indian Journal of Psychiatry 2011 Jan-Mar; 53(1): 45–48.
- 110.Torres A, Mendez LP, Merino H, Moran EA. Improving social functioning in schizophrenia by playing the train game. Psychiatr Serv 2002 Jul;53(7):799-801.
- 111.Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark: Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. 3P Dergisi 1999;7(Ek 2):3-66.
- 112.Campbell A, Converse PE, Rogers WL. The Quality of American Life. Russell Sage Foundation. New York, 1976
- 113.Bullinger M, Hasford J. Evaluating quality of life measures for clinical trials in Germany. Control Clin Trials 12:91S-105S, 1991.
- 114.World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Geneva, 1948.
- 115.The World Health Organization Quality of Life assessment(WHOQOL): development and psychometric properties. Soc Sci. Med 46:1569-1585, 1998.
- 116.Rescher N. Welfare. The Social Issues in philosophical Perspective. University of Pittsburgh press, Pittsburgh, 1972.
- 117.Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. Acta Psychiatr Scand 102(suppl.407):33-37, 2000.

118. Suser M. Disease, illness, sickness; impairment, disability and handicap. *Psychol Med* 20:471-473, 1990.
119. Lehman A F, Mand N C, Linn L S. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry* 10:1271-1276, 1983.
120. Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *Eur. Psychiatry* 12(suppl.3):263-266, 1997.
121. Albrecht G L, Fitzpatrick R A. Sociological perspective on health-related quality of life research, *Advanced in Medical Sociology*. Vol. 5. Quality of life in health care. (Eds GL Albrecht, R Fitzpatrick), pp. 1-21. Jai Press, Greenwich. London, 1994.
122. Katsching H. Methods for measuring social adjustment. In *Methodology in Evaluation of Psychiatric Treatment* (Ed. T. Helgason), pp.205-218. Cambridge University Press, Cambridge. 1983.
123. Katschnig H, Krautgartner M. Quality of Life: A new dimension in mental health care. Ed: Sartorius N, Gaebel W, Lopez-Ibor J J, Maj M, *Psychiatry in Society*. Chichester: Wiley, 171-191, 2002.
124. Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. *Eval. Prog. Planning*, 5:69-79, 1982.
125. Bigelow D A, Brodsky G, Stewart L, Olson M M. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation* (Eds G.J. Stahler, W.R. Tash), pp. 345-366. Academic Press, New York, 1982.
126. Weissman M M, Paykel E S. *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships*. University of Chicago Press, Chicago, 1974.
127. World Health Organization, WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a guide to its Use. World Health Organization, Geneva, 1988.
128. Malm U, May P R, Dencker S J. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist. *Schizophr Bull* 1981; 7: 477-487.
129. Lehman A F. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Eval Prog Plann* 1983;6:143-151.
130. Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry. *Quality of Life in Mental Disorders*, H Katschnig, H Freeman, N Sartorius (Ed), England, John Wiley&Sons, 1999; 3- 16.

131. Bobes J, Gonzales M P: Quality of Life in schizophrenia. In: Katsching H, Freeman H, Sartorius N (eds). *Quality of Life in Mental Disorders*. West Sussex, John Wiley&Sons 1997;165-178
132. Carpiniello B, Lai G L, Pariante C M, Carta M G, Rudas N. Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;96:235-41.
133. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR, Corrigan P. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Br J Psychiatry*. 1992;161:797-801.
134. Ritsner M, Kurs R. Quality of life outcomes in mental illness: schizophrenia, mood and anxiety disorders. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2003;3:89-99.
135. Angermeyer MC, Holzinger A, Kilian R, Matschinger H. Quality of life—as defined by schizophrenic patients and psychiatrists. *Int J Soc Psychiatry*. 2001;47:34-42.
136. Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand*, 2000; 102(Suppl 407):33-37.
137. Huppert J D, Weiss K A, Lim R ve ark. Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res*, 2001; 1;51:171-180.
138. Weiner, D (2008). *The Madmen in the Light of Reason*. Enlightenment Psychiatry. History of psychiatry and medical psychology: with an epilogue on psychiatry and the mind-body relation New York: Springer, Page 282. Editors Edwin R. Wallace, John Gach
139. Dix D. "I tell what I have seen" the reports of asylum reformer Dorothea Dix. 1843. *Am J Public Health*. 2006, 96(4): 622-5
140. Domino G. Impact of the film, "One Flew Over the Cuckoo's Nest," on attitudes towards mental illness. *Psychol Rep*. 1983; 53(1): 179-82).
141. Durham M L, La Fond J Q. Assessing psychiatric care settings. Hospitalization versus outpatient care. *Int J Technol Assess Health Care*. 1996; 12(4): 618-33
142. Honkonen T, Saarinen S, Salokangas R K. Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland II: discharged patients and their psychosocial functioning. *Schizophr Bull*. 1999; 25(3):543-51
143. Holloway F, Oliver N, Collins E, Carson J. Case Management: a critical review of the outcome literature. *Eur Psychiatry*, 1995; 10:113-128

- 144.T.C. Sağlık Bakanlığı,Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri hakkında yönerge, 2011
- 145.Yıldız M. Psikiyatrik Rehabilitasyon. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Işık Sayılı (Editör). İstanbul, Erler Matbaacılık, s:151- 164
- 146.Kay S R, Fiszbein A, Opler L A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987; 13:261-76.
- 147.Kostakoğlu A E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14:23-32
- 148.Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. Schizophr Res 1994; 11:239-44.
- 149.Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. Nöropsikiyatri Arşivi 2000; 37:82-6
- 150.Heinrichs D W, Hanlon T E, Carpenter W T. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. Schizophr Bull 1984; 10:388-98
- 151.Soygür H, Aybaşı M, Hınçal G, Aydemir Ç. Şizofreni hastaları için yaşam nitelikleri ölçeği: güvenilirlik ve yapısal geçerlik çalışması. Düşünen Adam 2000; 13:204-10
- 152.Erakay SY. Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. İzmir, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, 2001
- 153.Amador X F, Flaum M, Andreasen N C. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:826-36.
- 154.Bora E, Özdemir F, Özaşkın S. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeğinin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye'de Psikiyatri 2006; 8:74-80.
- 155.Robins L N, Helzer J E, Weisman N M, et al: Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Arch Gen Psychiatry 41:949-58,1984
- 156.Nicole L, Shriqui CL: Gender differences in schizophrenia. Shriqui CL, Nasrallah HA (eds). Contemporary issues in treatment of schizophrenia. American Psychiatric Press, Washington DC 1995; 225-43

- 157.NiNullain M, O'Hare A, WalshD: Incidence of schizophrenia in Ireland, *Psychol Med* 17:943-48,1987
- 158.Nicole L, Lesage A, LaLonde P: Lower incidence and increased male: female ratio in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 161:556-57, 1992
- 159.McGrath J J. Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology—the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatr Scand.* 2005; 111(1):4-1190
- 160.Eren K.Şizofreni ve cinsiyet farklılıkları (Uzmanlık tezi), 2006; s.15-25
- 161.Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(6):565-71
- 162.McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med* 2004;2:13.
- 163.Baronet A M and Gerber G J. Psychiatric Rehabilitation: efficacy of four models. *Clinical Psychology Review.* 1998; 18: 189-228
- 164.Ensari H, Ceylan M E, Kılınç E, Kenar J. Türkiye'deki Ruh Hastalıkları Hastanelerindeki Psikofarmakolojik Tedavilerin Kalite Yönünden Değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2004, 14:68-78
- 165.Kendrick T, Burns T. The primary care of patients with schizophrenia: a search for good practice. *British Journal of General Practice.* 1997, Cilt 47, 515-520.
- 166.Langan J, Shajahan P. Antipsychotic polypharmacy: review of mechanisms, mortality and management. *The Psychiatrist.* 2010, Cilt 34, 58-62.
- 167.Satake N, Hazama K, Sono T, Takahashi M, Ito J. Changes in Antipsychotic Medication in Clients of Assertive Community Treatment in Japan: A One-Year Follow Up. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health.* 2011, 7: 1-3
- 168.Tungaraza T E, Gupta S, Jones J, Poole R, Slegg G. Polypahrmacy and high dose antipsychotic regimes in the community. *The psychiatric bulletin* 2010, 34:44-46
- 169.Tani H, Uchida H, Suzuki T, Fujii Y, Mimura M. Interventions to reduce antipsychotic polypharmacy: A systematic review. *Schizophrenia Research.* 143 (2013) 215–220.
- 170.Evangelia M. Tsapakis, Trisevgeni Dimopoulou, Frank I. Tarazi. Clinical management of negative symptoms of schizophrenia: An update, *Pharmacology & Therapeutics* 153 (2015) 135–147

- 171.Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S. Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile ve Gönüllülerle Yürütölen Bir Kulüp-Ev Denemesi. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(4):281-287
- 172.Bark N, Revheim N, Huq F. The impact of cognitive remediation on psychiatric symptoms of schizophrenia. Schizophr Res. 2003; 63(3):229-35
- 173.Wanchek T N, McGarvey E L, Leon-Verdin M, Bonnie R J. The Effect of Community Mental Health Services on Hospitalization Rates in Virginia. Psychiatric Services 2011; 62: 194–199
- 174.Mint AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr. Res. 2003; 61 (1), 75–88
- 175.Murri M. B. , Respino M., Innamorati M. , Cevretti A. , Calcagno P., Pompili M. , Lamis D. A. , Ghio L., Amore M., Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis, Schizophrenia Research 162 (2015) 234–247
- 176.Matthew M. Kurtz, Emily Gagen, Nuno B.F. Rocha, Sergio Machado, David L. Penn, Comprehensive Treatments for Social Cognitive Deficits in Schizophrenia: A Critical Review and Effect-Size Analysis of Controlled Studies, Clinical Psychology Review (2015), doi: 10.1016/j.cpr.2015.09.003
- 177.Hans E. Kortrijk, Cornelis L. Mulder, Mark van der Gaagd, Durk Wiersma, Symptomatic and functional remission and its associations with quality of life in patients with psychotic disorder in Assertive Community Treatment teams Comprehensive Psychiatry 53 (2012) 1174–1180
- 178.Chang L, Lin Y, Chang H W, Chen Y ,Huang W , Liu C ‘et al’. Factors contributing to frequent use of psychiatric inpatient services by schizophrenia patients Psychopathology, rehospitalization and quality of life among patients with schizophrenia underhome care case management in Taiwan Journal of the Formosan Medical Association 2013; 112: 208-215
- 179.Shivashankar S, Telfer S, Arunagiriraj J, McKinnon M, Jauhar S, Krishnadas R ‘et al’. Has the prevalence, clinical presentation and social functioning of schizophrenia changed over the last 25 years? Nithsdale schizophrenia survey revisited. Schizophrenia Research 2013;146: 349–356.
- 180.Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg 2015; 16(4):238-246
- 181.Ensari H. Koruyucu Psikiyatri Açısından Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Rehabilitasyon Çalışmaları. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2011; 4: 86-93.

182. Karow A, Pajonk F G, Reimer J, Hirdes F, Osterwald C, Naber D, Moritz S. The dilemma of insight into illness in schizophrenia: self- and expert-rated insight and quality of life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, April 2008, 258:152
183. Mueser K T, Bond Q R, Drake R E, Resnick S Q Models of Community Care for Severe Mental Illness: A Review of Research on Case Management. *Schizophrenia Bulletin*, 1998; 24:37-74
184. Belling R, Whittock M, McLaren S, Burns T, Catty J, Jones I R 'et al'. Achieving continuity of care: facilitators and barriers in community mental health teams. *Implement Sci* 2011; 18: 23.
185. Lang L, Orton S, Sallah D, Hewitt-Moran T, Zhang D, Cullen S 'et al'. A survey of engagement and competence levels in interventions and activities in a community mental health workforce in England. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 352
186. Priebe S, Fakhoury W, White I. Pan-London Assertive Outreach Study Group. Characteristics of teams, staff and patients: associations with outcomes of patients in assertive outreach. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 306-11.
187. McGrew J.H, Pescosolido B, Wright E. Case Managers' Perspectives on Critical Ingredients of Assertive Community Treatment and on Its Implementation. *Psychiatr Serv* 2003 ;54: 370-6
188. Evans S, Huxley P, Baker C, White J., Philpin S., Onyett S 'et al'. The social care component of multidisciplinary mental health teams: a review and national survey. *J Health Serv Res Policy* 2012 ;17 (Suppl 2): 23-9
189. Iqbal N, Nkire N, Nwachukwu I Young C, Russell V. Home-based treatment and psychiatric admission rates: Experience of an adult community mental health service in Ireland. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012; 16: 300-6

8. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAYI : 41340010/5986/271

05.02.2013

KONU: Etik Kurul Başvurusu Hakkında

KARAR

Sayın As. Dr. Emine AYDIN DÖNMEZ,

İlgi: 04.02.2013 tarih ve 5986 sayılı Etik Kurul başvuru dilekçeniz,

İlgi yazınızda belirttiğiniz “ Toplum Temelli Hizmet Sunum Modeli İle Hastane Temelli Hizmet Sunum Modelinin Şizofreni Hastalarındaki İşlevsellik, Hastalık Bulguları ve İçgörü Üzerine Etkisi” konulu araştırma protokolünüz, 05.02.2013 tarihinde hastanemiz etik danışma kurul’una sunulmuş makale ve ekleri, hasta hakları yönetmeliği, iyi klinik uygulamalar kılavuzu, helsinki bildirgesi kurallarına göre incelenmiş ve araştırma protokolünüzün sonuçlarının yayın yapılması etik kurulumuz tarafından uygun görülmüştür.

<i>Etik Kurul Üyeleri</i>	<i>Katılım Durumu</i>	<i>Onay</i>
BASKAN Doç. Dr. Baki ARPACI Nöroloji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu		
Doç. Dr. Erhan EMEL Nöroşirürji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu	İzinli	İzinli
Doç. Dr. M. Cem İLNEM Psikiyatri Kliniği 7. Ünite Koordinatörü		
Uz. Dr. Nihat ALPAY Psikiyatri Kliniği 1. Ünite Koordinatörü		
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ Psikiyatri Kliniği 2. Ünite Koordinatörü		
Uz. Dr. Ramazan KONKAN Psikiyatri Kliniği 2. Ünite Uzmanı		

EK 2 – SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih:

Adı Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitim:

Medeni Durum:

Çocuk Sayısı:

Kardeş Sayısı/Sırası:

Meslek:

Sosyal Güvence:

Çalışma Durumu:

Çalışma Süresi:

Birlikte Yaşadığı Kişiler:

Mekan:

Askerlik:

Ailede Hastalık Öyküsü:

Sigara:

Alkol:

Madde:

Komorbidite:

Hastalık Başlangıcı:

Hastaneye Yatış Sayısı:

Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Sayısı Ve Süresi:

Kullandığı ilaçlar ve dozları:

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi:

Son 1 ayda ilaç kullanım durumu: a)kendiliğinden düzenli kullanıyor b) yardımla düzenli kullanıyor c) düzensiz kullanıyor d) uyumsuz olarak değerlendirildi.

EK 3 – ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİKLERİ ÖLÇEĞİ

Değerlendirme Formu

Hastanın adı soyadı :

Tarih :

Görüşmecinin adı soyadı :

1-EVDEKİ İLİŞKİLER	0	1	2	3	4	5	6
2-ARKADAŞLIK İLİŞKİLERİ	0	1	2	3	4	5	6
3-TANIDIK EDİNEBİLME	0	1	2	3	4	5	6
4-SOSYAL AKTİVİTELER	0	1	2	3	4	5	6
5-SOSYAL BAĞLAR	0	1	2	3	4	5	6
6-GİRİŞKENLİK	0	1	2	3	4	5	6
7-TOPLUMDAN UZAKLAŞMA	0	1	2	3	4	5	6
8-KARŞI CİNSLE İLİŞKİLER	0	1	2	3	4	5	6
9-MESLEKİ ROLE UYUM	0	1	2	3	4	5	6
10-BAŞARI	0	1	2	3	4	5	6
11-POTANSİYELİNİ KULLANABİLME	0	1	2	3	4	5	6



EK 4 – SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ (SİÖ)

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	i/M
Ham puan							
Dönüştürülmüş puan							

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyor?

Hafta içi ortalama _____

Hafta sonu ortalama _____
(eğer farklıysa)

Sabah 9'dan önce

Sabah 9 ile 11 arası

Sabah 11 ile öğleden sonra 1 arası

Öğleden sonra 1'den geç

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyor?

örn. odada tek başına,
tek başına dolaşarak,
radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiği saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az.

3-6 Zamanın bir kısmı

6-9 Zamanın önemli bir kısmı

9-12 Zamanın büyük bir kısmı

12 Hemen hemen zamanın hepsi

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyor?

Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

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

Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterir?

Onlardan kaçınma

Huzursuz olma

Onları kabul etme

Onlardan hoşlanma

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

Şu anda kaç arkadaşı var?

(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)

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

Evet/Hayır

6 Anlamli veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyor?

Lütfen kutuyu işaretleyiniz

Hemen hemen hiç

Nadiren

Bazen

Sık sık

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

Çok kolay

Oldukça kolay

Orta

Oldukça zor

Çok zor

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

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

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro/konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme(örneğin futbol)				
Sanat galerisi/müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma vb.				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü/sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp/dernek				
Kahve/cafelerlere gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

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

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma 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 ölçölümü işaretleyiniz:

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkama, düzenli olma vb.				
Dükkânlardan 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 dahil)

Evet/Hayır

(altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE:

Ne tür bir iş? _____

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? _____

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz? _____

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştınız? _____

Ne tür bir işti? _____

Haftada kaç saat çalışırdınız? _____

Özürü olduğu 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 – CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

- 1) Depresyon:** Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?
0. Yok
1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder
2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygudurum: Her gün var
3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum
- 2) Umutsuzluk:** Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi, yoksa hâlâ çaba göstermek için neden var mı?
0. Yok
1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hâlâ gelecek için belli düzeyde umut taşıyor
2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor
3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu
- 3) Değersizlik duygusu:** Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?
0. Yok
1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var, değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor
2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor, ama zamanın yarısından azında
3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor
- 4) Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri:** Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanılarını dışlayın)
0. Yok
1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez

2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular
3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkrna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

5) Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Yok
1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır
2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar
3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder

6) Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0. Yok: Depresyon yok
1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok
2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir
3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir

7) Erken Uyanma: Sabahları normalden daha mı erken uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. Yok: Erken uyanma yok
1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
2. Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor
3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8) Özkayım: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. Yok
1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkayım düşünceleri

2. Orta: Üzerinde uğraşılmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunmamıştır
3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn. şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. Yok
1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir
2. Orta: Kişi görüşme boyunca sıkın, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur
3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar ya da kişi ısrarlı olarak ısraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun varolduğundan emindir.

EK 6 – POZİTİF VE NEGATİF SEMPTOMLARI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

PANSS Altölçekleri ve Maddeleri

Pozitif Sendrom Altölçeği	Negatif Sendrom Altölçeği
P1.Sanrılar	N1.Duygulanımda küntleşme
P2.Düşünce dağınıklığı	N2.Duygusal içeçekilme
P3.Varsanılar	N3.İlişki kurmada güçlük
P4.Taşkınlık	N4.Pasif/Kayıtsız biçimde kendini toplumdan çekme
P5.Büyüklik duyguları	N5.Soyut düşünme güçlüğü
P6.Şüphencilik/Kötülük görme	N6.Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı
P7.Düşmanca tutum	N7.Stereotipik düşünme
Genel Psikopatoloji Altölçeği	
G1.Bedensel kaygı	G9.Olağandışı düşünce içeriği
G2.Bunaltı	G10.Yönelim bozukluğu
G3.Suçluluk duyguları	G11.Dikkat azalması
G4.Gerginlik	G12.Yargılama ve içgörü eksikliği
G5.Manyerizm ve vücut duruşu	G13.İrade bozukluğu
G6.Depresyon	G14.Dürtü kontrolsüzlüğü
G7.Motor yavaşlama	G15.Zihinsel aşırı uğraşı
G8.İşbirliği kuramama	G16.Aktif biçimde sosyal kaçınma

tanın kendi öyküsünü, hastaneye yatış veya muayneye geliş nedenlerini, o zaman birimindeki yaşam durumunu ve belirtilerini anlatması hedeflenir. Görüşmeci bu bölümde mümkün olduğunca az devreye girer ve daha çok gözler; düşünce akışı ve içeriğini, yargılama ve içgörüyü, iletişim kurma ve işbirliğini, duygusal ve motor yanıtları izler. İkinci bölüm de yaklaşık 10-15 dakika sürmektedir; belirtileri daha açık olarak ortaya koymayı amaçlayan yönlendirici sorular içerir. Yönlendirici sorular yüksüz sorulardan (örneğin "Herkeste olmayan bazı özellikleriniz var mı?"), daha yüklü olabilecek (örneğin "Kendinizi ünlü birisi olarak görüyor musunuz? Tanrının verdiği özel bir görevi üstlendiğinizi düşünüyor musunuz?") bazı sorulara doğru kayar. Belirtilerin varlığı saptanırsa ne ölçüde var oldukları, sıklık ve günlük işlevleri aksatma derecelerinden yola çıkılarak şiddet değerlendirilmesi yapılır. Üçüncü bölüm ise 5-10 dakika kadar sürmektedir. Özgül sorular sorularak duygudurum, bunaltı, üç alanda yönelim ve soyut düşünme yetisi değerlendirilir. Soyut düşünme yetisi değerlendirilirken benzerlik kurma (örneğin "Elma ve armutun ortak özelliği nedir?") ve atasözü ve deyimlerin yorumlanması istenir (örneğin "İş-

EK 7 – AKIL HASTALIĞINA İÇGÖRÜSÜZLÜK ÖLÇEĞİ (AHİÖ)

GENEL

MADDELER

1. RUHSAL BOZUKLUĞUN FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hasta bir ruhsal bozukluğu ya da psikiyatrik bir sorunu olduğunu kabul ediyormu ?

	Ş	G	
0			Değerlendirilemedi
1			Farkında : Hasta açık bir şekilde ruhsal bir hastalığı olduğuna inanıyor
2			Kısmi : Ruhsal bir hastalığı olabileceği konusunda şüpheli
3			ama bu fikri dikkate alabiliyor
4			Farkında değil : Bir ruhsal bozukluğu
5			olmadığını düşünüyor

2. İLAÇ TEDAVİSİNİN ETKİLERİNİN FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hasta ilacın etkisiyle ilgili ne düşünüyor Hasta ilaçların semptomların yoğunluğu ve sıklığını azalttığını düşünüyor mu?

	Ş	G	
0			Değerlendirilemedi ya da uygun değil
1			Farkında: Hasta açık bir şekilde ilaç tedavisinin semptom ve sıklığını azalttığını düşünüyor
2			Kısmi : İlaç tedavisinin semptomların şiddet ve sıklığını
3			azalttığı konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor
4			Farkında değil : Hasta ilaç tedavisinin semptomların şiddet
5			ve sıklığını azaltmadığını düşünüyor

3. RUHSAL BOZUKLUĞUN SOSYAL SONUÇLARININ FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hastanın hastaneye yatırılması, isteği dışında tedavi edilmesi, tutuklanması, kovulması, yaralanması ve yaşadığı diğer sosyal sorunlar hakkındaki düşüncesi nedir?

	Ş	G	
0			Değerlendirilemedi
1			Farkında: Hasta açık bir şekilde yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanıyor
2			Kısmi : Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığı ile ilgili olduğu
3			konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor
4			Farkında değil : Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir
5			sonucu olduğuna inanmıyor.

SMUD

Semptom tarama çizelgesi

Semptomların hangi dönemde görüldüğü şimdi (Ş) ya da geçmiş (G) harfleri yuvarlak içine alınarak işaretlenir

4	Ş	G	Varsanı
5	Ş	G	Sann
6	Ş	G	Düşünce bozukluğu
7	Ş	G	Uygunsuz duygulanım
8	Ş	G	Uygunsuz giyim ve görünüm
9	Ş	G	Stereotipik veya törensel davranış
10	Ş	G	Sosyal muhakemede zayıflık
11	Ş	G	Saldırgan dürtüleri kontrol güçlüğü
12	Ş	G	Cinsel dürtüleri kontrol güçlüğü
13	Ş	G	Aloji
14	Ş	G	Künt duygulanım
15	Ş	G	Avolasyon apati
16	Ş	G	Anhedoni/asosyallik
17	Ş	G	Dikkat eksikliği
18	Ş	G	Konfüzyon/Yönelim bozukluğu
19	Ş	G	Alışılmadık göz kontağı
20	Ş	G	Sosyal ilişkilerde yetersizlik

Alt ölçek itemi

..... Farkında olma düzeyi

	Ş	G	
0			Değerlendirilemedi ya da uygun değil
1			Farkında : Hasta açık bir şekildeinanıyor
2			Kısmi : Hasta Konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate
3			alabiliyor
4			Farkında değil : Hasta İnanmıyor
5			

ilk soruda 1-3 puan alırsa uygulanacak

ATIF: Hasta bu yaşantısını nasıl açıklıyor

	Ş	G	
0			Değerlendirilemedi yada uygun değil
1			Doğru : Semptom ruhsal bozukluğa bağlı
2			Kısmi : Emin değil fakat ruhsal bozukluğun sonucu olabileceği olasılığını
3			dikkate alıyor
4			Doğru değil : Semptom ruhsal bozuklukla ilgili değildir.
5			

EK 8 – BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu çalışma Bakırköy Prof. Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 9. Psikiyatri biriminde görev yapmakta olan As. Dr. Emine Aydın tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmada Zeytinburnu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve 9. Psikiyatri polikliniğinde düzenli takipleri sürmekte olan hastalar klinik özellikleri, sosyal işlevsellik ve yaşam niteliği yönlerinden karşılaştırılacaktır. Çalışmanın tam ismi “Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Faaliyetlerinin Şizofreni Hastaların Belirtilerine , Sosyal işlevsellik ve Yaşam Kalitesine Etkisi” dir.

Çalışmada basılı kağıt materyallerin bir bölümü sizin tarafınızdan doldurulacak diğer bölümleri görüşmeci tarafından doldurulacaktır. Çalışmada Sosyodemografik veri formu , PANSS, Sosyal İşlevsellik Ölçeği ,Yaşam Niteliği Ölçeği, Calgaray Şizofrenide Depresyon,Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği,İlaç Tutum Envanteri gibi ölçekler kullanılacaktır. Bu çalışma bedensel veya ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir görüntüleme , girişimsel işlem, kan tetkiki yada benzeri test uygulanmayacaktır. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak üçüncü kişi veya kurumlarla paylaşılmayacaktır.

Katılımcının Beyanı: Araştırmacı tarafından bilgilendirildim.Bana verilen bu bilgiler temelinde ,bu araştırmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda hiçbir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırılmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Tarih:

Ad-Soyad:

İmza:

Gözlemcinin Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih: