

Araştırma / Original article**Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma****İlker ÖZDEMİR,¹ Yasir ŞAFAK,² Sibel ÖRSEL,²
Akfer KARAOĞLAN KAHİLOĞULLARI,² Hasan KARADAĞ²****ÖZ**

Amaç: Şizofreni tedavisinde bütüncül anlayış, ilaç tedavisi ile birlikte psikososyal tedavilerin uygulanmasını önermektedir. Çalışmamızda bir toplum ruh sağlığı merkezinde (TRSM) yapılan psikiyatrik uyumlandırma uygulamaları (ruhsal-toplumsal uyumlandırma ve farmakoterapi) ve bakım gereksinmelerinin karşılanmasına yönelik çalışmaların etkinliğinin, poliklinikte izlenen şizofreni hastalarıyla (farmakoterapi) karşılaştırarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmamıza kliniğimize bağlı TRSM'de (s=100) ve poliklinikte (s=50) şizofreni tanısı ile en az bir yıldır düzenli olarak izlenen hastalar alınmıştır. İki gruba da barınma, ekonomik durum, çalışma ve sosyal haklar içeren Sosyodemografik Veri Formu ile Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, İşlevsel Faaliyetler Anketi, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği ve bakım verenlerine Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği uygulanmıştır. **Bulgular:** Gruplar arasında sosyodemografik değişkenler açısından farklılık bulunmazken, bakım veren yükü poliklinik grubunda yüksekti. Klinik değerlendirmede pozitif ve negatif belirtilerde TRSM grubunda anlamlı farklılık gösteren düşük puanlar, depresyonda benzer; işlevsellik, iç görü ve tedavi uyumunda ise TRSM grubunda olumlu yönde anlamlı farklılık saptanmıştır. İşlevsellik alanlarında TRSM grubunun, 'özerklik', 'bilişsel işlevsellik', 'boş zaman etkinlikleri' alanlarında daha iyi, 'mesleki işlevsellik', 'mali konular', 'kişilerarası ilişkiler' alanlarında ise benzer oldukları bulundu. **Tartışma:** Şizofrenideki öncel tedavi yaklaşımlarında, 'iyileşme' olarak ele alınan kavramda, hastaların toplum içinde yer almaları, bağımsız yaşam becerilerinin geliştirilmesi ve çalışarak üretime katılmaları konularına vurgu yapılmaktadır. Çalışmamızda TRSM uygulamalarının birincil (işlevsellik, iç görü, tedavi uyumu, bakım veren yükü) ve ikincil (pozitif, negatif şizofreni belirtileri) sonuç göstergelerinde klinik gidişe olan olumlu etkisi saptandı. Diğer yandan mesleki işlevsellik ve kişilerarası ilişkiler alanlarında henüz farklılık oluşturmadığı görülmektedir. Sonuçlar, uyumlandırma çalışmalarında mesleki uyumlandırma alanı başta olmak üzere bağımsız yaşam becerilerinin geliştirilmesine ağırlık verilmesinin önemini vurgulaması açısından önemlidir. (*Anadolu Psikiyatri Derg 2017; 18(5):419-427*)

Anahtar Kelimeler: Toplum ruh sağlığı merkezleri, uyumlandırma, şizofreni, işlevsellik

Investigation of the efficacy of a psychiatric-social rehabilitation performed in patients with schizophrenia in a community mental health center: Controlled study

ABSTRACT

Objective: The holistic approach in schizophrenia treatment recommends the practice of psychosocial treatments

¹ Kütahya Doç. Dr. Mustafa Kalemlı Tavşanlı Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Kütahya

² Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara

Yazışma adresi / Correspondence address:

Uzm. Dr. İlker ÖZDEMİR, Doç. Dr. Mustafa Kalemlı Tavşanlı Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Kütahya

E-mail: ilkerozdemir249@yahoo.com

Geliş tarihi: 03.01.2017, Kabul tarihi: 16.10.2017, doi: 10.5455/apd.254450

Anadolu Psikiyatri Derg 2017; 18(5):419-427

in addition to medical treatment. In the present study we aimed to assess the effectiveness of psychosocial rehabilitation (psychosocial rehabilitation and pharmacotherapy) and care requirements performed in a Community Mental Health Center (CMHC) compared with patients treated as usual (pharmacotherapy) in the outpatient clinic.

Methods: The study included patients who were regularly followed up because of schizophrenia for at least one year in CMHCs (n=100) and polyclinics (n=50). A Sociodemographic Data Form was used to question housing, economic status, working and social rights, and the Brief Psychiatric Rating Scale, Scale for the Assessment of Negative Symptoms, Scale for the Assessment of Positive Symptoms, Calgary Depression Scale for Schizophrenia, Functional Activities Questionnaire, Functioning Assessment Short Test, Schedule for Assessing the Three Components of Insight, and the Medication Adherence Rating Scale were applied to both groups, and the Zarit Caregiver Burden Interview was administered to caregivers. **Results:** Although there was no difference regarding sociodemographic variables between the groups, the caregiver burden was higher in the polyclinic group. Lower scores indicating significant difference in the CMHC group in positive and negative symptoms, were similar for depression, and a positively significant difference was detected in functionality, insight, and adherence to treatment. The CMHC group was found to be better in 'autonomy,' 'cognitive functionality,' and 'spare time activities' in functionality areas; however, patients were found as similar regarding 'occupational functionality,' 'financial issues,' and 'interpersonal relations'. **Conclusion:** The term 'recovery' in schizophrenia currently relates with patients having a role in society, improving independent life skills, and contributing to production by working. We detected the positive effect of CMHC practices in primary (functionality, insight, adherence to treatment, caregiver burden) and secondary (positive, negative schizophrenia symptoms) outcome indicators. However, no difference was detected in the areas of occupational functionality and interpersonal relations. The results are important because they emphasize the importance of concentrating on the improvement of independent life skills, particularly professional adaptation in adaptive studies. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2017; 18(5):419-427)

Keywords: Community mental health services, rehabilitation, schizophrenia, functionality

GİRİŞ

Şizofreni karmaşık doğası ile önemli ölçüde bilişsel, toplumsal, mesleki yeti yitimine yol açan, kronik gidişli bir hastalıktır.^{1,2} İyileşme, belirtilerle birlikte yaşam kalitesi, biliş ve toplumsal işlevsellik bileşenlerinde düzelmeyi içeren bir kavram olarak tanımlanmıştır.³ Günümüzde şizofreni tedavisinde, ilaç tedavisinin ruhsal-toplumsal uyumlandırma ile bütünleştirilmesinin tedavi etkinliğini artırdığı kabul edilmektedir.^{4,5}

Şizofrenide psikiyatrik uyumlandırmanın amacı, hastalığı olan kişinin bağımsız yaşayabilmesi için toplumsal ve mesleki becerilerini geliştirmesini sağlamaktır.^{4,6} Son yıllarda Türkiye'de ve dünyada yapılan birçok çalışmada, şizofreni tedavisinde uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma uygulamalarının negatif belirtilerde anlamlı iyileşme sağladığı, toplumsal ve mesleki işlevsellikte iyileşmeye ve hastalıkla başa çıkma becerilerinde artışı sağladığı;⁴⁻⁸ hasta ve ailesine verilen ruhsal eğitimin iç görü ve tedaviye uyumunu artırarak hastaneye yatış sıklığında azalma sağladığı gösterilmiştir.⁹ Diğer yandan maliyet etkinlik, uyumlandırmanın uygulama biçimi ve etkinliği konusundaki çalışmalarda, olumlu sonuçlara göre daha düşük de olsa özellikle depresyon, zevk almama, toplumsal ilişki kuramama gibi negatif belirtilerde anlamlı iyileşme olmadığını gösteren çalışmalar da vardır.¹⁰⁻¹² Bustillo ve arkadaşları, ruhsal-toplumsal tedavi sonuçlarının klinik ve işlevsellik alanlarında niteliksel ve niceliksel ölçümlerle değerlendirilme-

sinin gerekliliğine ve sonuçların farklılığına dikkati çekmişlerdir.¹³

Türkiye'de toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedaviler sunulmasını hedefleyen toplum ruh sağlığı merkezlerinde (TRSM), çok boyutlu ruhsal-toplumsal yaklaşımla tedavi ve izlemenin yapılması, bakım gereksinmelerinin karşılanması amaçlanmaktadır.¹⁴⁻¹⁶ Ensari ve arkadaşları TRSM uygulamalarının şizofreni hastalarında yaşam kalitesini artırmada, yeti kaybını azaltmada ve işlevselliklerini artırmada yararlı olduğunu,¹⁷ Arslan ve arkadaşları başlangıç ve üçüncü yıl karşılaştırmasında hem klinik, hem de toplumsal işlevsellik ölçütlerinde anlamlı iyileşme olduğunu⁵, Saruç ve arkadaşları TRSM örnekleminin %22.9'unun bakım evinde kaldığı, büyük oranda gelirleri olmadığı ve alt sosyoekonomik düzeyde yer aldıklarını,¹⁸ Yazıcı ve arkadaşları ise, aile ve bakım veren yükü ile ilişkili olarak hastanın işlevselliği, bağımsız olma ve gelir durumunun önem gösterdiğini bildirmişlerdir.¹⁹

Araştırmalarda TRSM'lerde izlenen gruplarda tedavi sürecinin grup içinde tedavi öncesi ve sonunda yapılan karşılaştırma^{5,17,20} veya kesitsel olarak hastaların aile, sosyal durum ve bakım gereksinmelerinin değerlendirilmesi yer almaktadır.^{18,19} Bu çalışmalarda kontrol grubunun yer almamasının kısıtlılık olarak verildiği görülmektedir.^{5,20} TRSM'lerde ruhsal-toplumsal yaklaşımlarla birlikte ilaç tedavisi de düzenli olarak uygulanmakta, hasta ve ailelerine bakım gereksinme-

lerine göre sosyal destek verilmektedir. Verilen sosyal destekle birlikte merkezlerde doğal olarak bulunan akran desteğinin de önemli bir değişken olduğu belirtilmiştir.^{21,22} Şizofrenide ilaç tedavisine uyumun %60 oranında olmadığı⁵ göz önüne alınırsa, araştırmalarda saptanan iyilik durumunda bu değişkelerin de dikkate alınması, kontrol grubuyla karşılaştırılması gereklidir.

Çalışmamızda ele aldığımız şekliyle, TRSM uygulamalarının (psikososyal rehabilitasyon ve psikofarmakoloji) etkinliğini değerlendirmede standart tedavi gören (psikofarmakoloji) hasta grubunun kontrol grubu olarak alınarak karşılaştırılması, bu alandaki çalışmalara yeni veri sağlayacaktır. Bu nedenle, çalışmamızda, en az bir yıldır TRSM'de izlenen hastalarda ruhsal toplumsal tedavilerin ve bakım gereksinmelerinin karşılanmasına yönelik çalışmaların etkisinin, kontrol grubu olarak en az bir yıldır poliklinikte düzenli farmakoterapi ile izlenen şizofreni hastalarıyla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya Ekim 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi TRSM (s=100) ve Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniklerinde (s=50) izlenen, çalışmaya alınma ölçütlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan toplam 150 hasta ardışık olarak seçilerek alınmıştır. Araştırma için yerel etik kuruldan onay alınmış, katılmayı kabul eden hastalar yazılı bilgilendirilmiş onam vermiştir.

Çalışmaya alınma ölçütleri 18-65 yaşları arasında olmak, en az ilkökul mezunu olmak, DSM-5'e göre şizofreni tanısı konmuş olmak, poliklinik veya TRSM'de son bir yıldır düzenli izlenmekte olmak şeklindedir. Psikotik alevlenme döneminde olmak, halen süren DSM-5 tanı ölçütlerine uyan nörogelişimsel bozukluk bulunması ve süren alkol-madde kullanım bozukluğu olması çalışmadan dışlanma ölçütleri olarak belirlenmiştir. Çalışmaya alınan hastalardan poliklinik grubundaki hastaların poliklinikte en az son bir yıldır düzenli tedavisi yapılmaktadır. TRSM'de izlenen hastalarda olgu yönetimi modeliyle hazırlanan bakım planına uygun olarak bakım gereksinmelerinin belirlenmesi (barınma, geçim, iş, sosyal yardım), ruhsal eğitim, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi ve ergoterapi uygulanmaktadır. Çalışmaya TRSM'ye düzenli olarak gelen ve ruhsal eğitim, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi ve ergoterapi çalışmalarından en az üçüne katılan hastalar alınmıştır.

TRSM grubundaki hasta ve ailelerine ortalama altı oturum ruhsal eğitim programı uygulanmıştır. Ruhsal eğitim programı olarak, literatürde birçok çalışmada uygulanan programa göre birinci oturumda şizofreninin doğası ve belirtilerinin anlaşılması; ikinci oturumda şizofreni belirtileri, nedenleri ve ailenin rolünün anlaşılması; üçüncü oturumda ilaçların etki düzenekleri ve yan etkilerinin anlaşılması; dördüncü oturumda relapsın erken uyarıcı belirtileri, relapsın tetikleyicileri ve relapsla baş etme stratejilerinin anlaşılması; beşinci oturumda problem çözme becerilerinin geliştirilmesi; son oturumda da stresle baş etme becerileri ve stratejilerinin anlaşılması hedeflenmiştir.^{7,23} Hastalara üç ay süreyle haftada iki kez sosyal beceri eğitimi uygulanmıştır. Eğitimlerde literatürdeki uygulamalara benzer şekilde hastaların toplumsal ortamlara uyum sağlayabilme, iletişim kurabilme, stresle başa çıkabilme, günlük planlar yapabilme ve uygulayabilme becerilerini geliştirmek hedeflenmiştir.^{24,25} Hastalara bireysel bakım planlarına göre, ek olarak iki-dört oturum öz bakım eğitimi ve 8-16 oturum ergoterapi uygulanmıştır.

Değerlendirme görüşmesinde hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, İşlevsel Faaliyetler Anketi, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği, Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği ve bakım verenlerine Zarit Bakım Veren Yükü Ölçeği uygulandı.

Gereçler

Sosyodemografik Veri Formu: Kliniğimizce hazırlanmış hasta bilgi ve izleme formudur. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi sosyodemografik özelliklerin yanı sıra barınma, ekonomik durum, çalışma, sosyal haklar, özgeçmiş ve aile yapısına ilişkin bilgileri içermektedir.

Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ): Overall ve Gorham tarafından, 1962 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe çevirisinin güvenilirliğine ilişkin ön veriler, Soykan tarafından bildirilmiştir.^{26,27}

Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (PBDÖ): Şizofreninin pozitif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir.²⁸ Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır.²⁹ Bu nedenle

karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılır.

Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (NBDÖ): Şizofreninin negatif belirtilerinin düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir.²⁸ Ölçeğin Türkçe formu için yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır.³⁰ Bu nedenle karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılır.

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği: Şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastalarda depresif belirtilerin düzeyinin ve şiddet değişiminin ölçülmesi amacıyla kullanılır.³¹ Ölçeğin Türkçede geçerlilik ve geçerlilik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.³²

Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ): Thompson ve arkadaşları tarafından Morisky Uyum Anketi ve İlaç Tutum Envanteri birleştirilerek geliştirilmiştir.³³ Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Koç tarafından yapılmıştır.³⁴

İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ): Klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış ve şizofreni hastalarına yönelik bir ölçektir.³⁵ Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Arslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.³⁶

İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA): Kişinin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığını değerlendirir, hasta yakınıyla yapılan görüşmeyle doldurulur. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Selekler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.³⁷

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ): İşlevselliğin seri bir biçimde değerlendirilmesini sağlamak üzere geliştirilmiştir.³⁸ Altı boyuttan oluşmaktadır: Otonomi, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişilerarası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından yapılmıştır.³⁹

Zarî Bakım Veren Yükü Ölçeği (ZBVYÖ): Özgün sürümü 22 maddeli olan ölçeğin şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında üç madde çıkarılmış ve Türkçe sürümü 19 maddeden oluşmuştur.⁴⁰

İstatistiksel analiz

Çalışmadan elde edilen veriler bilgisayarda Windows işletim sisteminde, Statistical Packages for the Social Science (SPSS) 21 kullanılarak analiz edilmiştir. Gruplar arasında karşılaştırmalarda parametrik ve non-parametrik testler verilerin yapısına göre uygulanmıştır. İki yönlü $p < 0.05$

istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalamaları TRSM grubunda 39.25 ± 11.06 , poliklinik grubunda 43.34 ± 11.47 yıldır. Gruplar yaş ortalaması açısından benzer bulunmuştur ($t=2.11$, $df=148$, $p=0.057$). Eğitim süreleri TRSM grubunda 9.84 ± 3.79 , poliklinik grubunda 8.74 ± 3.69 yıldır. Gruplar eğitim süresi açısından benzer bulunmuştur ($t=1.69$, $df=148$, $p=0.093$). Gruplar sosyodemografik özellikler (cinsiyet, medeni durum, meslek durumu, alkol/madde kullanımı ve adli öykü) ve bakım gereksinimleri (hastalık yardımı, barınma durumu, barınma sorunu, mali sorun, yalnız yaşama, aile desteği, arkadaş varlığı) açısından benzer özelliktedirler (Tablo 1). Çalışmamızda alkol ve madde kullanım bozukluğu dışlama ölçütü olup, çalışmaya alınan ve alkol-madde kullanım bozukluğu tanı ölçütünü karşılamayan hastalarda son bir yıl içindeki alkol ve madde kullanımı olup olmaması sorgulanmıştır.

Hastaların klinik özellikleri incelendiğinde, hastalık süresi, poliklinik grubunda (16.00 ± 9.34 yıl) TRSM grubundan (11.77 ± 7.30 yıl) anlamlı olarak farklıydı ($t=-3.04$, $df=148$, $p=0.003$). TRSM grubunda son beş yıl içinde ortalama yatış sayısı 2.60 ± 2.96 iken, poliklinik grubunda 2.70 ± 3.42 ydi ve bu açıdan gruplar benzerdi ($t=0.18$, $df=148$, $p=0.853$).

Hastalara uygulanan klinik ölçekler açısından gruplar karşılaştırıldığında KPDÖ, NBDÖ toplam ve alt ölçeklerinden aloji, enerji ve isteğin azalması, zevk alamama ve toplumsal çekilme, dikkat alt ölçekleri ile PBDÖ alt ölçeklerinin tümü TRSM grubunda olumlu yönde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Calgary toplam puanlarının ortalaması açısından iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 2).

Hastalar işlevsellik, iç görü ve bakım veren yükü açısından karşılaştırıldığında İFA, KİDÖ, İÜBDÖ, TTUOÖ ve ZBVYÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark TRSM grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak KİDÖ alt ölçeklerinden mesleki işlevsellik, mali konular, kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 3).

TARTIŞMA

Toplum temelli yaklaşımların etkinliğinin araştırılmasında, etkinlik hedeflenen alanlarla uyumlu olarak çok yönlü değerlendirme gereklidir.

Tablo 1. TRSM ve poliklinik grubunun sosyodemografik özellikler ve bakım ihtiyaçları açısından karşılaştırılması

	TRSM		Poliklinik		df	χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%			
Cinsiyet					1	0.58	0.858
Kadın	36	36	17	34			
Erkek	64	64	33	66			
Medeni durum					2	1.853	0.396
Evli	36	36	15	30			
Bekar	58	58	29	58			
Boşanmış	6	6	6	12			
Mesleki durum (işsizlik)	64	64	32	64	5	8225	0.144
Alkol kullanımı	12	12	6	12	1	0.000	1.000
Madde kullanımı	9	9	3	6	1	0.408	0.751
Adli öykü	5	5	2	4	1	0.075	1.000
Bakım ihtiyaçları							
Hastalık yardımı	32	32	11	22	1	1.630	0.252
Barınma sorunu	6	6	6	12	1	1.630	0.216
Mali sorun	31	31	20	40	1	1.203	0.279
Yalnız yaşama	11	11	2	4	1	2.063	0.221
Aile desteği	89	89	46	92	1	0.333	0.564
Arkadaş varlığı	49	49	23	46	1	0.120	0.862
Barınma durumu					1	0.017	1
Kira	27	27	14	28			
Kendine ait	73	73	36	72			

Tablo 2. TRSM grubu ile poliklinik grubunun klinik ölçekler açısından karşılaştırılması

Ölçek	TRSM Ort.±SS	Poliklinik Ort.±SS	df	t	p
BPRS	18.36±9.27	30.10±11.55	148	-6.25	<0.001
SANS					
Toplam	39.67±19.44	49.18±17.42	148	-2.92	0.004
Duygulanımda küntleşme	11.32±6.81	13.38±7.32	148	-1.70	0.090
Aloji	5.52±4.03	6.94±3.64	148	-2.10	0.038
Enerji ve isteğin azalması	9.06±4.40	10.82±3.47	148	-2.47	0.015
Zevk alamama	12.36±5.29	14.30±4.07	148	-2.28	0.024
Dikkat	1.41±2.70	3.74±2.88	148	-4.88	<0.001
SAPS					
Toplam	16.40±16.18	29.48±14.38	148	-4.84	<0.001
Varsanılar	2.73±4.43	4.92±5.01	148	-2.73	0.007
Sanrılar	5.54±5.16	9.00±4.74	148	-3.97	<0.001
Garip davranış	1.85±3.39	4.76±3.52	148	-4.89	<0.001
Pozitif yapısal düşünce bozukluğu	5.68±5.75	9.36±4.51	148	-3.96	<0.001
Uyumsuz duygulanım	0.60±0.89	1.44±1.03	148	-5.17	0.007
Calgary	6.15±3.54	6.00±4.51	148	0.22	0.824

TRSM'de izlenen hastalara yönelik uygulamaların etkisinin kontrol grubu ile karşılaştırılmasını amaçladığımız çalışmada, klinik ve işlevsellik düzeyi sonuç göstergeleri, aile yükü ve bakım değişkenleri ele alınmıştır. TRSM ve poliklinik

grupları cinsiyet, yaş ortalaması, medeni durum, ortalama eğitim yılları ve mesleki durum gibi sosyodemografik özellikler açısından benzer özelliklere sahipti. Bakım gereksinimleri olarak adlandırdığımız kişinin sosyal yardımlardan

Tablo 3. TRSM ve poliklinik gruplarının işlevsellik, iç görü, tedavi uyumu ve bakım veren yükü açısından karşılaştırılması

Ölçek	TRSM Ort.±SS	Poliklinik Ort.±SS	df	t	p
IFA	4.31±7.47	10.60±7.62	148	-4.83	<0.001
FAST	29.38±17.95	35.94±12.48	148	-2.32	0.022
Özerklik	4.03±3.57	6.06±2.69	148	-3.55	0.001
Mesleksel işlevsellik	7.98±4.16	8.60±3.31	148	-0.92	0.360
Bilişsel işlevsellik	3.95±3.75	5.52±2.95	148	-2.58	0.011
Mali konular	0.94±1.72	1.14±1.39	148	-0.71	0.477
Kişilerarası ilişkiler	9.14±4.49	10.48±2.89	148	-1.92	0.057
Boş zaman etkinlikleri	3.34±1.72	4.14±1.05	148	-3.01	0.003
İÜBDÖ	12.23±5.18	9.04±4.21	148	3.78	<0.001
TTUOÖ	7.01±2.62	4.88±2.85	148	4.55	<0.001
ZBVYÖ	51.72±15.31	57.76±14.27	148	2.33	0.021

faydalanması (hastalık yardımı alıyor olma), barınma durumu, mali sorun, yalnız yaşama ve arkadaş varlığı açısından gruplar arasında fark saptanmadı. Çalışmamızda yer alan örneklem, Türkiye'de TRSM'de şizofreni hastalarıyla yapılan diğer çalışmalarla, sosyodemografik özellikler (medeni durum, eğitim durumu, alkol madde kullanım oranları) açısından benzer özelliklerdedir.^{5,17} Diğer yandan Saruç ve arkadaşlarının farklı bir ilde yaptıkları çalışmada, TRSM grubunda aile yanında barınma oranının diğer çalışmalara göre düşük olduğu, sosyoekonomik özellikler açısından da alt grupta yer aldığı belirtilmiştir.¹⁸ Çalışmamızda yer alan örneklem dikkate alındığında, iki grup arasında bu açıdan farklılık olmaması, düzenli tedavide olma ölçütü nedeniyle aile gibi sosyal desteği olan hastaların yer almasından veya hizmet verilen bölgenin özelliklerinden kaynaklanıyor olabilir. Evsiz, aile desteği olmayan, tedavi görmeyen, hastalık yardımı alamama nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuramayan hastalara ulaşıldığında TRSM örnekleme özellikleri konusundaki veriler daha sağlıklı değerlendirilebilir. Ülke geneli ve bölgeler arasında farklılıkları yansıtan TRSM profilinin belirlenmesi için klinik örneklem dışında ülke örneklemini temsil eden epidemiyolojik veri gereklidir.

Literatürde hastalık süresinin uzamasıyla birlikte tedaviye yanıtın azaldığı bildirilmiştir.⁴¹ Kliniğimizde üç yıldır hizmet veren TRSM'ye yönlendirme, poliklinik ve yatış sonrası şizofreni tanılı tüm hastalara yapılmaktadır. Çalışmamızda ortalama hastalık süresi poliklinik grubunda yüksektir. Çalışmamızdaki poliklinik grubu, TRSM'ye gitmeyen hastalardan oluşmaktadır. Hastalardan yaşı ileri olanlar, negatif belirtileri

veya klinik patolojisi yüksek olanlar TRSM'ye gitmemiş olabileceği gibi, ülkemizde aile desteğinin diğer ülkelere göre yüksek olması nedeniyle, aileler hastalarını TRSM'ye götürme konusunda isteksiz davranmış olabilirler. Gruplar arasında yatış sayıları açısından fark olmaması grupların hastalık yineleme açısından benzer özelliklere sahip olduğunu düşündürmektedir. Klinik durumun şiddetini değerlendirdiğimiz ölçeklerde, TRSM grubunda anlamlı ölçüde belirti şiddetinin düşük bulunması literatür ile uyumludur.²⁰ Gruplar arasında depresif belirtilerinin benzer oranda olduğu görülmektedir. Literatürde şizofrenide depresif belirtilerin normal popülasyona göre oldukça sık görüldüğü ve sosyal işlevlerde bozulma ile ilişkisini gösteren çalışmalar vardır.^{42,43} Burada poliklinik grubunda seçilen örneklemin düzenli izlenen hastalardan seçilmiş olması, bu gruptaki kişilerin düzenli poliklinik izlemelerine gelebilecek kadar hastalık farkındalığı ve motivasyonları olduğu yönünde yorumlanabilir. TRSM'lerin yatış sayısı üzerine olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir, fakat çalışmamızda bir yıl olan izleme süresi yatış sayılarına olan etkinin gösterilmesi açısından görece kısadır.⁵ Bu konuda yapılacak çalışmalarda, klinik göstergelerde olan değişim ve yatış sayısı ile birlikte iyilik dönemi süresinin kontrol gruplarıyla karşılaştırılarak ele alınması önerilir.

İşlevsellik açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmada, TRSM grubu daha yüksek işlevsellik düzeyine sahipti. Benzer çalışmalarda çok yönlü ruhsal-toplumsal girişimlerden faydalanan hastalarda, bu hizmeti almayan hastalara göre sosyal işlevsellikte iyileşme olduğu saptanmıştır.^{5,44} İşlevsellik alanlarından 'özerklik', 'bilişsel

işlevsellik', 'boş zaman etkinlikleri' puanlarının TRSM grubunda daha yüksek olması, TRSM hizmetlerinin daha çok bu alanlarda etkin olduğunu veya bizim TRSM uygulamamızda bu alanlar üzerinde daha etkin olduğumuzu düşündürmektedir. 'Mesleksi işlevsellik', 'mali konular', 'kişilerarası ilişkiler' alt ölçek puanları arasında fark olmamasının, iki grup arasında sosyoekonomik değişkenler ve aile desteği açısından farklılık olmaması ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Diğer yandan Türkiye'de mesleksi uyumlandırma ve sosyal içerme konularında henüz yeterli çalışma olmaması, hastalara sunulan bu hizmetin eksikliğini yansıtan bir veri olarak ele alınabilir.

TRSM grubunun daha iyi iç görüye sahip olduğu saptanmıştır. Literatürde şizofreni hastalarının hastalıkları hakkında bilgi sahibi olduklarında, iç görü düzeyinde artışa paralel olarak belirtilerde iyileşmeye, yatış sayısında ve hastalık maliyetinde azalmaya neden olduğu belirtilmiştir.⁴¹ TRSM grubunda tedavi uyumu anlamlı düzeyde yüksekti. Bu konudaki çalışmalarda bakım verenlerin yaklaşımlarının,⁴⁵ hasta ile düzenli ve iyi bir iletişim kurulmasının,⁴ hastalara uygulanan ruhsal eğitiminin⁴⁶ tedavi uyumu üzerine etkisi gösterilmiştir.

Çalışmamızda bakım veren yükünün belirgin olarak poliklinik grubundan düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde aileye yönelik girişimlerin, hastalığın yinelenme sıklığını, aile yükünü, duygu dışavurumunu ve maliyeti azalttığı belirtilmiştir. Ayrıca, aile desteğinin hastalık yükünü azalttığını, hastaların sosyal işlevselliğine katkıda bulunduğunu gösteren veriler de vardır.^{47,48} TRSM uygulamalarında aile eğitimi ve ailenin hastalık yönetimi konusunda sorumluluk alıyor olması aile yükü üzerinde olumlu etkilerde bulunuyor gibi görünmektedir.

Çalışmamızın sınırlılıkları arasında çalışmaya

katılan hasta sayısının az olması, bir merkezin hizmet verdiği bölgeyi kapsamı ve TRSM'den yararlanma süresinin kısa olması sayılabilir. TRSM'de uygulanan uyumlandırma çalışmalarının etkisini değerlendirebilmek amacıyla yaptığımız çalışmada, iki grupta da standart tedavi olarak farmakoterapi olması; gruplar arasında eğitim, aile desteği, sosyoekonomik koşullar (barınma, meslek, aylık gelir), madde ve alkol kullanımı, adli öykü varlığı açısından farklılık olmaması iki grubun benzer olmasını sağlamıştır. Çalışmanın güçlü yanı, hem klinik, hem de işlevsellik düzeyi yapılan çok yönlü değerlendirmelerin kontrol grubuyla karşılaştırılmasıdır. Çalışmamızın sonuçları, Türkiye'de henüz çok yeni olan bu alandaki veri profiline nesnel yaklaşım sağlayabilir.

Sonuç olarak, poliklinikte düzenli farmakoterapi uygulanan hasta grubu ile TRSM'de buna ek olarak ruhsal-toplumsal uyumlandırma ve bakım hizmetleri alan hasta grubunu karşılaştırdığımızda, ruhsal-toplumsal uyumlandırma hizmetlerinin hem klinik göstergelerde, hem de işlevsellik, içgörü, tedavi uyumu ve bakım veren yükü gibi alanlarda olumlu katkı yaptığı gösterilmiştir. Grupların aile özellikleri açısından benzer olmalarına rağmen, bakım veren yükünün TRSM grubunda daha düşük olması, ailelere olan olumlu katkıyı göstermektedir. Bu bulgunun hastalığın gidişine olan etkisi uzun süreli izlemde değerlendirilmelidir. İkinci önemli bulgu, işlevsellik alanlarında bağımsız yaşama, toplum içinde olma ve çalışma konusunda TRSM grubunda henüz bir farklılık oluşmadığıdır. Şizofrenideki güncel tedavi yaklaşımlarında, 'iyileşme' olarak ele alınan kavramda, hastaların bağımsız yaşam becerileri ve iş konusuna vurgu yapılmıştır. Çalışmamızdaki bu bulgular, iş rehabilitasyonu ile aile desteğinin bağımsız yaşam becerileriyle birlikte sağlanması konularının rehabilitasyonda ele alınmasının önemine işaret etmektedir.

Yazarların katkıları: İ.Ö.: Konuyu bulma, planlama, araştırmanın yürütülmesi, makaleyi yazma; Y.Ş.: Araştırmanın yürütülmesi, makaleyi yazma; S.Ö.: Literatür tarama, araştırmanın yürütülmesi, makaleyi yazma; A.K.K.: İstatistik, makaleyi yazma; H.K.: Araştırmanın yürütülmesi.

KAYNAKLAR

1. Nasrallah H. Is schizophrenia recovery a "myth"? *Curr Psychiatr* 2008; 7:19-20.
2. Frith CD. *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. New York: Psychology Press, 2014.
3. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22(4):374-380.
4. Liberman RP. *Recovery from Disability, Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2008.

5. 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.
6. Yıldız M. Şizofreni: Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek. İstanbul: Okuyan Us, 2005.
7. Hasan AA, Callaghan P, Lymn JS. Evaluation of the impact of a psychoeducational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2015; 15:72.
8. Chowdur R, Dharitri R, Kalyanasundaram S, Rao NS. Efficacy of psychosocial rehabilitation program: The RFS experience. *Indian J Psychiatry* 2011; 53(1):45-48.
9. Kopelowicz A, Zarate R, Wallace CJ, Liberman RP, Lopez SR, Mintz J. The ability of multifamily groups to improve treatment adherence in Mexican Americans with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69:265-273.
10. Mueser, KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002; 53:1272-1284.
11. Leclerc C, Lesage AD, Ricard N, Lecomte T, Cyr M. Assessment of a new rehabilitative coping skills module for persons with schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 70(3):380-388.
12. Lecomte T, Cyr M, Lesage AD, Wilde J, Leclerc C, Ricard N. Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187:406-413.
13. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry* 2001; 158:163-175.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, 2011.
15. Örsel S. 'Özürlülük' kavramından 'engellilik' kavramına geçiş: Değişen kavramlar uygulamaya nasıl yansıyor? *TPD Bülteni* 2013; 16(3):4-7.
16. Doğan O. Social psychiatry practices in Turkey from yesterday to today. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016; 17:136-142.
17. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013; 14:108-114.
18. Saruç S, Kılıç AK. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2015; 26:53-71.
19. Yazıcı E, Karabulut Ü, Yıldız M, Tekeş SB, İnan E, Çakır U, ve ark. Şizofrenisi olan hastalara bakım verenlerin yükü ve ilişkili etmenler. *Arch Neuropsychiatry* 2016; 53:96-101.
20. Aydın E, Tabo A, Karamustafaloğlu KO, Alataş G, Aydın E, Yiğit S, et al. Revolving door phenomenon: The effect of application of community based mental health services model at acute psychiatric hospitalization. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2014; 15(3):185-191.
21. Vreeland B, Minsky S, Yanos T, Menza M, Gara M, Kim E, et al. Efficacy of the team solutions program for educating patients about illness management and treatment. *Psychiatr Serv* 2016; 57:822-828.
22. Drake RE, Whitley R. Recovery and severe mental illness: description and analysis. *Can J Psychiatry* 2016; 59(5):236-242.
23. Chan SWC, Yip B, Tso S, Cheng BS, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Educ Couns* 2009; 75(1):67-76.
24. Xiang Y, Weng Y, Li W, Gao L, Chen G, Xie L ve ark. Training patients with schizophrenia with the community reentry module. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41(6):464-469.
25. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. *Social Skills Training For Schizophrenia: A Step-By-Step Guide*. New York: Guilford Publications, 2013.
26. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 1962; 10:799-812
27. Soykan Ç. *Institutional Differences and Case Typically Related to Diagnosis, Symptom Severity, Prognosis and Treatment*. Unpublished Master Thesis, Ankara, Middle East Technical University, Clinical Psychology, 1990.
28. Andreasen NC. Methods for assessing positive and negative symptoms. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1990; 24:73-88.
29. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam* 1991; 4:20-24.
30. Erkoç Ş, Arkonaç O, Ataklı C, Özmen E. Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin güvenilirliği ve geçerliliği. *Düşünen Adam* 1991; 4:16-19.
31. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1994; 11:239-244.
32. Aydemir Ö, Danacı AE, Pırıldar ŞA, Deveci A, İçelli İ. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeğinin Türkçe versiyonunun duyarlılığı ve özgüllüğü. *Arch Neuropsychiatry* 2000; 37:210-213.
33. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res* 2000; 42:241-247.

34. Koç A. Kronik Psikoz Hastalarında Tedavi Uyumu nun ve Tedavi Uyumu ile İlişkili Etkenlerin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara, Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2006.
35. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156:798-808.
36. Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2001; 3:17-24.
37. Selekler K, Cangöz B, Karakoç E. Norm determination and adaptation study of Functional Activities Questionnaire on 50+ Turkish elderlys. *Turk J Neurol* 2004; 10:102-107.
38. Rosa AR, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007; 3:5.
39. Aydemir Ö, Uykur B. Reliability and validity study of the Turkish Version of Functioning Assessment Short Test in Bipolar Disorder. *Turk Psikiyatri Derg* 2012; 23:193-198.
40. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Arch Neuropsychiatry* 2009; 46:38-42.
41. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 6:CD002831.
42. Reine G, Lancon C, Di Tucci S, Sapin C, Auquier P. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108(4):297-303.
43. Rieckmann N, Reichenberg A, Bowie CR, Parrella M, White L, Friedman J ve ark. Depressed mood and its functional correlates in institutionalized schizophrenia patients. *Schizophrenia Research* 2005; 77(2):179-187.
44. Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Doğan FB. Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27(3):279-282.
45. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family Intervention For Schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010.
46. Bauml J, Frobose T, Kraemer S, Rentrop M, Pitschel-Walz G. Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull* 2006; 32:1-9.
47. Glynn SM, Cohen AN, Dixon LB. The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: Opportunities and obstacles. *Schizophr Res* 2006; 32:451-463.
48. Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2010; 11:195-205.