HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ BÖLÜMÜ

RUH HASTALIĞINDA SOSYAL UYUM BOZUKLUĞUNUN SAPTANMASI ÜZERİNE KARŞILAŞTIRMALI BİR ARAŞTIRMA

DOÇENTLİK TEZİ

FİŞLENDİ

Dr. Ahmet GÖĞÜŞ

37212

ANKARA , 1981

T. C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
KÜTÜPHANESİ
Demirbaş No. 0037212
Tasnif No. 616.89
GÖĞ
1981

İ Ç İ N D E K İ L E R

SAYFA

GİRİŞ 1

AMAÇ 31

MATERYAL ve METOD 32

BULGULAR 48

TARTIŞMA 80

ÖZET 91

KAYNAKLAR 93

EK I

EK II

EK III

EK IV

T A B L O L A R

No: Sayfa

1. Deneklerin Yaş ve Tanı Gruplarına Göre Dağılım Tablosu 34
2. Deneklerin Medeni Durum ve Tanı Gruplarına Göre Dağılım Tablosu 34
3. Deneklerin Eğitim Düzeyi ve Tanı Gruplarına Göre Dağılım Tablosu 35
4. Cinsiyet ve Gruplara Göre Genel Davranış Bozukluğu Tablosu 49
5. Genel Davranış Bozukluğu Varyans Analizi Tablosu . . 59
6. Cinsiyet ve Gruplara Göre Ev İşlerine Katılmada Bozukluk Tablosu 52
7. Ev İşlerine Katılmada Bozukluk Varyans Analizi Tablosu 53
8. Cinsiyet ve Gruplara Göre Evlilik Rolünde(Affektif) Bozukluk Tablosu 56
9. Cinsiyet ve Gruplara Göre Evlilik Rolünde(Cinsel) Bozukluk Tablosu 57
10. Cinsiyet ve Gruplara Göre Ana-Babalık Rolünde Bozukluk Tablosu 58
11. Cinsiyet ve Gruplara Göre Heteroseksüel Rolde Bozukluk Tablosu 59
12. Cinsiyet ve Gruplara Göre Kişiler Arası Sürtüşme Tablosu 60

No: Sayfa

13. Kişiler Arası Sürtüşme Varyans Analizi Tablosu . . 61
14. Cinsiyet ve Gruplara Göre İş Rolünde(Performans) Bozukluk Tablosu 62
15. İş Rolünde(Performans)Bozukluk Varyans Analizi Tablosu 63
16. Cinsiyet ve Gruplara Göre İş Rolünde (İlgi) Bozukluk Tablosu 64
17. İş Rolünde (İlgi) Bozukluk Varyans Analizi Tablosu . 65
18. Cinsiyet ve Gruplara Göre İlgiler ve Bilgi Edinmede Bozukluk Tablosu 66
19. İlgiler ve Bilgi Edinmede Bozukluk Varyans Analizi Tablosu 67
20. Cinsiyet ve Gruplara Göre Kriz Durumlarına Tepkide Bozukluk Tablosu 69
21. Kriz Durumlarında Tepkide Bozukluk Varyans Analizi Tablosu 69
22. Cinsiyet ve Tanı Gruplarına Göre Koğuştaki Davranış Bozukluğu Tablosu 71
23. Koğuştaki Davranış Bozukluğu Varyans Analizi Tablosu. 71
24. Cinsiyet ve Tanı Gruplarına Göre Hemşirelerin Düşünceleri, Hastanın Uğraşıları ve Dış Dünya ile Teması Tablosu 73
25. Hemşirelerin Düşünceleri, Hastanın Uğraşıları ve Dış Dünya ile Temas Varyans Analizi Tablosu . . 73
26. Cinsiyet ve Gruplara Göre Ruhsal Durumu ve Sosyal Uyumu Değiştiren Etkenler 75
27. Değiştiren Etkenler Varyans Analizi Tablosu . . . 75
28. Cinsiyet ve Tanı Gruplarına Göre Genel Değerlendirme 77
29. Genel Değerlendirme Varyans Analizi Tablosu . . . 77
30. Gruplara Göre Davranış ve Sosyal Rol Performansları Ortalama Puan Tablosu 79

Ş E K İ L L E R

No : Sayfa

1. Cinsiyet ve Gruplara Göre Genel Davranış Bozukluğu 51

2. Cinsiyet ve Gruplara Göre Ev İşlerine Katılmada Bozukluk 55

G İ R İ Ş

Sakatlık tüm toplumların ve yardım kuruluşlarının karşı karşıya bulunduğu temel sosyal ve kamusal sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. WHO (1976) nun raporlarına göre dünyada en az dört yüz milyon sakat insan vardır. Bu milyonlarca insanın bedensel veya ruhsal bozuklukları toplumun onlardan beklediği sosyal rolleri yerine getirme yeteneklerini kısıtlamakta, kişisel gelişme ve yaşamda doyum sağlama kapasitelerini sınırlamakta, aileleri ve çevreleri açısından ciddi, parasal ve ruhsal sıkıntılara neden olmaktadır(Temkov, Jablensky ve Sartorius, 1978).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 1975) verilerine göre her ülkede nüfusun yüzde onunun bir tür ruhsal veya bedensel sakatlık göstermesine, gelişmekte olan ülkelerde ruhsal rahatsızlık pervalansının en az kalkınmış ülkeler kadar olduğunun tahmin edilmesine karşın, ruhsal hastalıklarla bunlardan doğan sosyal uyumsuzlukların ilişkisini aydınlatma konusunda çok az şey yapılmış bulunmaktadır.

Modern çağın tıp teknolojisi, birçok ülkede yaşam koşullarının gelişimi ile eşleşerek geçmişin öldürücü hastalıkları ile savaşmakta olağanüstü başarılar sağlamış, ölümcül hastalıklara tutulan insanların hayatta kalma oranlarını ve toplumların ortalama yaşını yükseltmiştir. Bilim, hasta bakımı ve ekonomik verimliliğin bu tür gelişme işaretleri, sanayileşmede ileri düzeye ulaşmış ülkelerde en belirgin olmuştur. Hastalığın kişi ve toplum üzerindeki olumsuz sonuçlarını önleme ve azaltmadaki ilerlemeler tıp teknolojisinin ölümü geciktirme ve yaşamı uzatmadaki başarısına ayak uyduramamıştır. Ortalama yaşam beklentisinin artışı kronik hastalık ve sakatlıkların giderek artışı ile eşleşmiş, tedavi hizmetleri ile toplum sağlığı programları bu artışla başa çıkmakta yetersiz kalmışlardır.

Tanımlanmaya çalışılan durum toplum sağlığı açısından üç önlem düzeyi (level of prevention) arasında uyum ve koordinasyon yokluğuna bağlanabilir. Birinci düzey nüfus grubunda düzensizliklerin ortaya çıkmasını önlemeyi amaçlayan; ikinci düzey hastalığın belirtilerini ve tekrarını önlemeyi amaçlayan; üçüncü düzey hastalığın olumsuz kişisel ve sosyal sonuçlarını önlemeyi veya azaltmayı sağlayan düzeylerdir.

Toplum sağlığı stratejisinin bu üç temel öğesinin uygulama ve yatırımları ile ilgili uyum ve koordinasyon eksikliği açısından Temkov ve arkadaşları (1978)aşağıda özetlenen noktalara dikkati çekmektedirler :

(i) Ekonomik kısıtlılıklar. Birçok az gelişmiş ülkenin ekonomik verim düşüklüğü toplum sağlığı planlayıcılarını büyük ölçekli önleyici programları yürütme ve bilgileri uygulayabil-

mekten alıkoymaktadır. Sakatlığın temel nedenleri ile savaşta başarısızlık, toplumun ekonomik verimliliğini daha da kurutarak kısır bir döngü yaratır.Örnek olarak dört yüz milyondan fazla insana musallat olan ve bunlardan en az on milyonunda körlüğe veya ağır görme bozukluğuna neden olan trahom gösterilebilir.

(ii) Tutumlarla ilgili kısıtlamalar. Tıbbın ve sağlık bakımının tedavi edici yanları üzerindeki aşırı vurgu, sakatlıkla ilgili önleme ve araştırma programlarının göreceli olarak ihmaline yol açabilir. Bu dengesizlik sıklıkla tıp fakültelerinde biçimlenen tutumların sonucudur. Geleceğin sağlık uzmanının eğitim ve yetiştirilmesi ona, hastalığın ruhsal ve sosyal boyutları konusunda yeterli bilgileri verme açısından zayıftır. Eğitimin geliştirdiği güdülenme ve beceriler de bu yönden istenilen düzeyde değildir.

(iii) Yönetimsel kısıtlılıklar. Görevleri değişik düzeyde önleyici çalışmaları içeren çeşitli hizmet ve organlar çoğu zaman toplum düzeyinde bakımın bütünleşmesini önleyecek biçimde koordinasyonsuz çalışırlar. Sözgelimi, rehabilitasyon hizmetleri sıklıkla sağlık hizmetlerinden ayrı olarak çalışır ve sosyal yardım kuruluşlarınca yönetilirler. Bu durum bakımla, önleyici çalışmalar arasında sürekliliği engelleyip, rehabilitasyonu sağlık hizmetlerinin daha fazla yardım edemeyeceği hastaların atılacağı bir kanal haline getirebilir.

(iv) Bilgi kısıtlılıkları. Bozuklukların psiko-sosyal yönlerinin önlenmesi konusundaki araştırmalar oldukça yenidir. Dikkatli bir değerlendirme temelinden çok tahmin ve inançlara

dayanan değişik önleyici ve rehabilitatif müdahalelerin etkisi konusunda eksiklikler vardır.

Aşağıda , bir karışıklığa yol açmaması için , sık kullanılan kavramlardan bozukluk (impairment), özür(handicap) ve sakatlığın (disability) birbirinden ayrı ayrı tanımlamasının yapılmasına gerek görülmüştür.

Araştırmamızdaki ilgili terimler Dünya Sağlık Örgütü'nce bu konuda görevlendirilen P.Wood (1975)'un koyduğu esaslara göre yapılan tanımlamalar çerçevesinde kullanılmaktadır.

Bozukluk (impairment) tanımlaması İngilizce'deki disorder terimi ile karışıyor izlenimi verebilir. Aslında disorder daha geniş ve bir hastalığı içine alan durumdur. İmpairment ise bir disorder(hastalık veya rahatsızlık)sonucu ortaya çıkan fonksiyon aksamalarıdır. Örneğin, mental disorder bir ruhsal rahatsızlık veya hastalık, mental impairment ise bu hastalık nedeni ile ortaya çıkan bir fonksiyon aksamasıdır.

-Bozukluk (Impairment) : Normalden bir ayrılış anlamına gelip, sağlık açısından düşündüğümüzde bedensel ve ruhsal fonksiyon ve yapıların uyumlu, normal çalışmasında herhangi bir aksamadır. Örneğin, kişinin ağır bir ruhsal zedelenme sonucunda ileri derecede durgunlaşması ve işini görememesi bir bozukluktur,ama sakatlık değildir. Hastalık olarak burada bir depresyon söz konusu olabilir.

Özür (Handicap) : Bir bozukluk yüzünden, yani normalden ayrılma yüzünden, bireyin durumuna atfedilen bir değerdir. Örneğin, ileri derecede durgunluğu olan insan işini görememektedir, yani depresyonu yüzünden özürlüdür.

Sakatlık (Disability) : Bu da normdan bir sapmayı göstermekle birlikte, sağlık açısından bakıldığında, bir bozukluk sonucu bireyin yeti ve aktivitelerinde kalıcı azalma veya yitimi gösterir. Örneğin ağır bir depresyon geçiren kişinin intihar girişimi yüzünden ortaya önemli bir sakatlık çıkabilir. Beden sakatlığında (physical disability) genellikle bedenin belli bir yapı veya fonksiyonunda yitim akla gelir ve bedenin tümünün sakat olabileceği düşünülmez. Ancak, ruhsal sakatlık deyince kişinin ruhsal yönden tümden sakat olduğu veya olabileceği anlamı çıkabilmektedir. Ruhsal sakatlık deyimi çok kapsayıcı ve sosyal yönden yargılayıcı bir anlam taşımaktadır. Belki çok ağır geri zekâlılarda veya ileri derecede beyin zedelenmesi olan kişilerde sakatlık deyimi kullanılabilir; ancak birçok ağır ruh hastalıklarında sakat deyimi uygun olmamaktadır. Örneğin : Kronik skizofrenide birçok sosyal yetide kalıcı yitim olabilir ama birçok zihinsel yeti de sağlam kalabilir. Bu nedenle ruhsal bozukluklarda "disability" karşılığında "yetiyitimi" deyimi kullanılacaktır (Savaşır, Öztürk ve Göğüş, 1980; Öztürk, Savaşır ve ark., 1981 a).

Karmaşık bir alan olan sakatlık ve yetiyitimi konusunda kuramsal açıdan tutarlı, ampirik açıdan geçerli ve pratik açıdan yararlı bir kavramlar dizisinin geliştirilmesi bu sorunun bilimsel araştırılmasında zorunludur. Böyle bir dizi değişik tıp disiplinlerinden yararlanılarak kurulabilir. Yukarıda tanımlanmaya çalışılan üç önlem düzeyi veya kategoriyi birbirinden ayırmanın yararlı olduğu konusunda giderek artan bir görüş birliği gelişmektedir. Terminoloji konusunda tanı bir anlaşma sağlanamamış olmakla birlikte Temkov ve arkadaşları (1978) durumu şöyle tanımlamaktadırlar:

rumu şöyle tanımlamaktadırlar :

(i) hastalığa bağlı bozukluğun klinik belirtileri,

(ii) belli bedensel veya ruhsal fonksiyon bozuklukları

(iii)bozukluğun niteliği ve ağırlığı ile sosyal çevrenin tutumları arasındaki etkileşimin sonucu olarak günlük aktivitelerin ve sosyal rollerin yerine getirilmesindeki yetiyitimi(disability). Cooper (1978 a; 1978 b)'a göre yetiyitimi:

(i) bir fonksiyon veya yetinin(ability) yitimi(negatif belirtiler),

(ii) anormal belirtilerin ortaya çıkması (pozitif belirtiler),

(iii)tedavi ortamının veya tedavinin sonuçları veya yan etkileri,

(iv) kişinin a) hastalıklı oluşu b) bazı yetilerinin yitimi, c) rollerinin yitimi, d) akrabaların, arkadaşların ve diğerlerinin değişen davranışa bağlı tepkisidir.

Wood (1975); hastalığın (disease) bozukluğa(impairment) neden olduğunu bunun sonucunda da fonksiyon ve aktivitedeki kısıtlılık durumunun sakatlık ve özüre(handicap) neden olduğunu belirtmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü(WHO, 1978 a) bozukluğu (impairment) merkez sinir sisteminin organik lezyonunun, kişilik bozukluğunun veya ruhsal rahatsızlığın sonucu psikolojik fonksiyonların, davranış kalıplarının veya sosyal yetilerin objektif olarak azalması olarak tanımlar,sosyal yetiyitimini (social disability) ise hastalık veya bozukluktan dolayı kişinin kendi için normal sayılacak sosyal rol performansında ortaya

çıkan sürekli kısıtlılık durumu olarak kabul etmektedir.

Belli bir hastalık veya rahatsızlığın neden olduğu bozukluğun (impairment) niteliği ve önemi değişik olabilmektedir. Bir skizofrenik nöbet tam veya tama yakın iyileşme ile sonuçlanabildiği gibi özetle kişilik değişimi diye tanımlanabilecek ciddi fonksiyonel kısıtlanma veya bozukluklara yol açabilir. Aynı tip ve düzeydeki bir bozukluk önceki yaşantıya ve şimdiki sosyal çevreye bağlı olarak farklı özellikler gösterebilir. Hesap yapma yeteneğinde bozukluğa yol açan bir beyin hastalığı, bir sanatçıyı bir muhasebeci ölçüsünde etkilemeyecek; veya sol kolunda motor kaybı olan bir muhasebecinin sosyal uyumu bir kemancı kadar bozulmayacaktır. Hastalığın sosyal sonuçları toplumun veya grubun ekonomik ve sosyal özellikleri ile ilgilidir. Kötü öğrenim ve kötü mesleksel yetişme gibi etmenler için hastalık öncesi yetiyitiminden(premorbid disability) sosyal çevredeki bir yoksunluktan veya pekiştirici ilişkilere (arkadaş, akraba, patron gibi) bağlı ikincil yetiyitiminden (secondary disability) bahsedilmektedir (Cooper, 1978 b). Hastalık öncesi ve ikincil yetiyitimleri, yetiyitiminin dış etmenleridir. Bunların tanınması ve ilke olarak denetlenebilmeleri olasıdır. Yetiyitiminin içrel (intrinsic) etmenleri(doğrudan hastalığa bağlı olan) yukarıda tanımlamaya çalıştığımız bozukluklardır (impairments) (düşünce düzensizliği, bellek kaybı, felç vb.). Belirtiler (symptoms) gibi bozukluklar da geçici veya kalıcı olabilir (Tomov ve ark. 1978).

Belli bozuklukların yetiyitimine yol açmasını büyük ölçüde sosyal ortam belirler. Yetiyitimi herzaman kalıcı ve uzun süreli olmayabilir. Sosyal çevrenin bireyin özelliklerine doğru ve zamanlı olarak uydurulması ve yardım edilmesi yolu ile

azaltılabilir hatta önlenebilir.

Hastalık ve sakatlığın toplumsal öneminin artışı tıbbın genelindeki kuramsal vurgunun değişimi ile yakından ilgilidir. Hastalığı zamanla sınırlı, organizmaya yabancı bir durum olarak gören dar anlayış Yirminci Yüzyıl'da yerini yaşam boyu sağlık ve yaşamın kalitesi (quality of living) kavramına bırakmıştır. Bu çağdaş görüş açısı doktorun insanı doğal ortamında ele alması için özendirmiştir. Sağlığın korunmasında çevrenin temel etkenlerden biri olarak alınmasının anlamlı sonuçları olmuştur. Akademik düzeyde tıp sosyolojisi ve tıp psikolojisi ortaya çıkmış, koruyucu hekimlik hıfzısıhha ve epidemiyoloji gelişmiş, uygulama düzeyinde toplum hekimliği ve toplum psikiyatrisi kurulmuştur (Bellak, 1964). Bu yönelişler davranışın; sağlığın korunması açısından, biyolojik mekanizmanın başarılı işleyişi kadar önemli olduğu anlayışına dayanmaktadır.

Ruesch ve Brodsky (1968) psikiyatr açısından, potoloji anlayışından sağlık anlayışına geçişin ; A. Grotjahn'ın hastalığın sosyal incelenişine ilişkin ilkeleri koymasıyla başladığını, 1917'de M.Richmond'un sosyal uyumun temel ilkelerinin bazılarını belirlediğini belirtmektedirler. 1950 lerde sosyal psikiyatri kurumsallaşmış, 1960 larda devletin sağlık alanına daha etkin girişiyle toplum psikiyatrisi kavramı yerleşmiştir (Dunham, 1965). Çağdaş yöntemler tanı veya prognoz yerine hastanın toplumsal çevresiyle uyuşabilme yeteneği üzerinde odaklaşmaktadır. Yapılan çalışma ve araştırmalarda üzerinde çok durulan bozukluk (impairment) ve sakatlık(disability) kavram ve terimlerine açıklık getirilmeye, tanımlamalarda gö-

rüş birliği sağlanmasına çalışılmaktadır.

American Medical Association (1962; 1966) sakatlığı (disability) fiziksel uygunluk konusunda, çevrenin talep ve beklentilerine cevap verememe durumu olarak tanımlamaktadır. Aynı kurum sakatlığın, fiziksel bozukluk (physical impairment) sonucunu veren bedensel arızalardan, ruhsal bozukluğa yolaçan sorunlardan ve sosyal bozukluğa (social impairment) yol açan işsizlik, yaşlılık, mahkumiyet, yetersiz eğitim ve kültürel yoksunluk gibi koşullara bağlı olarak doğabileceğini belirtmektedir.

American Medical Association (1962) sürekli bozukluk (permanent impairment) terimini doktorlar tarafından belirlenen salt tıbbi durumu anlatmakta kullanmaktadır. Aynı kuruluş sürekli sakatlık (permanent disability) terimini herhangi bir bozukluğun para karşılığı çalışmağa engel olucu etkisini belirtmede kullanmaktadır. Bu terim ruhsal bozukluklara bağlı yetiyitimini de içerir.

Sosyal bozukluk (social impairment). Bu durum kişi kültürel yoksunluğa uğramışsa veya iletişim kurmayı öğrenememişse söz konusudur. Koşullara ve elverişli kaynaklara bağlı olarak bu bozukluktan kurtulabilinir. Ancak öğrenme olanaksız ise kişi sürekli sakat olacaktır (Nussbaum, 1969).

Fiziksel bozukluk kültür, ırk ya da coğrafi bölge ayrılıklarına bakılmadan tüm insanlar için evrensel olarak kabul edilen normlardan sapma temeline dayanır. Dolayısı ile, anatomik ve fizyolojik ölçütler tıbbi tanıları etkiler ve fiziksel

bozukluk (impairment) bir organ veya organ sisteminin kısıtlanması anlamına gelir.

Ruhsal bozukluk kavramı ruhsal normlardan sapma temeline dayanır (Lerner, 1965). Norm : Belli bir grup veya kültür içinde, geleneklere uygun sosyal rol ve davranış kalıpları biçiminde tanımlanabilir. Bu ölçütler fiziksel ölçütler kadar evrensel değildir. Tüm insanların zaman ve mekan içinde kendilerini yönlendirmeye, acıdan, hallüsinasyon ve hezeyanlardan kurtulmaya muktedir olmaları gerektiği konusunda görüş birliği olmakla beraber, daha ince ruhsal normların yaş,cinsiyet, coğrafi bölge ve kültüre göre değişmesi olasıdır (Ruesch ve Brodsky 1968). Beyin hastalıklarını, travmalarını veya psikozu izleyen ruhsal bozukluklar tıpkı fiziksel bozukluklar gibi ele alınabilir (American Medical Association, 1966).

Sosyal bozukluk anlayışı mekân, zaman ve koşullara bağlı değişken sosyal normlar temeline dayanır. Her toplumsal koşul , her ayrı mekân , günün ve yılın çeşitli zamanları için değişik normlar uygulanabilir. Normlar : gelenek, yasa, yönetsel düzenlemeler veya kişiler arasında anında yapılan anlaşmalarla saptanabilir. Bu görüşe göre sosyal bozukluğu olan kişi: etkin iletişim ve davranışta bulunamayan ve davranışını belli bir grupça kabul edilen ölçütlere uyduramayan bireydir. Kişi, benzer koşullardaki başka kimseler gibi fonksiyon gösteremiyorsa, bir sosyal bozukluk söz konusudur (Ruesch, 1967 a).

Her sosyal çevre, davranış sapmaları için kendi içinde hoşgörü sınırlarını belirler. Davranışı bu hoşgörü sınırları içinde kalan birey ister optimal ister kesitsel davransın, isterse hiçbir davranışta bulunmasın normal sayılır. O halde

yetiyitimi kişinin patolojisini anlatmaktan çok durumun istemlerini karşılayamayan bir uyum biçiminin sonucudur(Ruesch ve Brodsky, 1968).

American Medical Association, Ruhsal ve Fiziksel Bozukluğun Derecelenmesi Komitesi (1966): Tüm insanlardaki bozuklukları yüzde terimleri ile ifade etmektedir. Bu yöntemle geri zekâlılıktan dolayı olan bozukluk,bir gözün yitimine bağlı bozuklukla kıyaslanabilmektedir. Yalnız bu yöntemle bozukluğun kişinin yaşantısı üzerinde yarattığı sonucun bilimsel açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

Çevre ve yetiyitimin, makinelerin sevk ve yönetimiyle toplumsal görevlerin gerçekleştirilmesinin özel nitelik ve eğitim gerektirdiği günümüzde, kişinin uyumunun çevrenin istemlerine göre doğru olarak belirlenmesi büyük önem kazanır. Herhangi bir kişinin benimsenme veya reddine yol açan olaylar, onun fizik durumu ile çevre, kişiliği ile çevre ve toplumsal yaklaşımları ile çevre arasındaki karşılıklı ilişkilere bağlı olabilir. Kurum ve örgütlerin belirlediği çevresel ölçütler: yazılı yasa ve kurallar, yazılı olmayan gelenek ve görenekle-le, belli bir gruba giriş koşulları ile belirlenir. Nitelikler fiziksel ölçütlerle ilgili olabilir, örneğin : askerlik gibi. Nitelikler eğitsel veya bilimsel başarı ile ilgili olabilir, örneğin : öğretim üyeleri gibi. Ölçütler ne olursa olsun kişi girebileceği başka çevre bulamazsa mesleksel çevreden ayrılma yetiyitimine yol açabilir (Rowntree, 1943).

İnsanlar yalnız çalışmazlar . Kişinin bir evi, çekirdek veya geniş bir ailesi, arkadaş çevresi vardır. Dolayısiyle

sosyal yetiyitiminin belirlenmesinde kişinin katıldığı mikro-çevrelerdeki istemleri gerçekleştirme yetenekleri gözönüne alınmalıdır. Yetersizlik veya tecrübesizlikten yetiyitimine geçiş çok kolaydır. Sosyal uyum bozukluğu bir ilişkinin sonucu olduğundan dolayı genelde kesin sınırları olmayan bir yetiyitimi oluşturur. İş yerinde arkadaşları ile, evde karısı ile iyi geçinen bir adam komşuları ile geçinmeyi hiç öğrenmemiş olabilir ve bu bozukluk komşu çevresinde bir krizle açığa çıkana dek gizli kalabilir. Kişi şimdiki durumun istemlerine uyduğunda bile esneklikten yoksun ise, eğitimi veya yetenekleri başka çevrelere uymuyorsa ilerde yetiyitimi olasılığı yüksektir. Sözgelimi: geri zekâlı ama normal görünümlü bir çocuk büyüdükçe sosyal yönden daha bozuk bir duruma gelecektir. Kişinin uyumunun belli bir çevre ile kaynaşmadığında sosyal yetiyitimi ortaya çıkar. Sosyal sistemin hoşgörü sınırlarının aşılması başka kişilerin araya girmesi ile belirginleşir. Neyin kabul edilebilir neyin kabul edilemez olduğu konusu gruba katılanların rol ve çıkarlarına göre değişir. Şu nokta da önemlidir : Kişi belli bir davranışın hiçbir koşulda hoş görülmediği aşırı sınırlar dışına düştüğünde bu durumu, uygunsuz diye nitelendirildiği halde bozukluk söz konusu olmayabilir. Örneğin ; ölçütlerin kendisine uygulanamadığı bir yabancı olarak etiketlenebilir, çevre uygun önlemler alır (Ruesch ve Brodsky, 1968).

Sosyal uyumun belirlenmesi konu ile ilgili bir uzmanın çeşitli sosyal ve biyolojik koşulları tanımasını gerektirir. Bir doktordan koroner rahatsızlığı geçiren bir hastanın işten

ayrılıp, ayrılmaması, depresyonlu bir hastanın rahatsızlığının işine dönmesine etkisi sorulabilir. Her iki örnekte de durum ev çevresine bağlıdır. Hastanın eşi işbirliği gösteriyor ve hastaya fazla yüklenmiyorsa işine hemen dönebilir. Evsiz bir bekar veya istekleri bitmez tükenmez bir eşi olan hastanın hastanede uzun süre kalması gerekebilir. Hareketli teknolojik uygarlıkta ailenin yardımına pek güvenilemediği için, gelişmiş ülkelerde devlet kurumları eski ve geleneksel toplumların kendi kendine yardım araçlarının yerini almıştır(Brosin, 1943).

Sosyal uyum. Platt (1981): Toplumsal psikiyatride uyum kavramının psikolojide olduğu gibi bireyle çevresi arasındaki ilişkiler temelinden doğduğunun öne sürüldüğüne işaret etmektedir. Linn ve arkadaşları (1969):"... etkili işleyiş kişinin kendi içindeki ve çevresindeki dengeyi akla getirir" (s.357) demektedirler. Yukarıda kısaca değinilen yeni yaklaşımları öncekilerden ayıran özellik: bireyle çevre arasındaki ilişkinin incelenmesinde rol çözümlemesinin(role analysis)bir çerçeve kullanılmasıdır. Barrabee, Barrabee ve Finesinger (1955): Sosyal uyumu; kişinin rollerini oluşturan normatif toplumsal davranış beklentilerini yerine getirme derecesi" olarak tanımlarlar. Gurland ve arkadaşları (1972); "...sosyal uyumsuzluğu bireyin sosyalleştirildiği rol ve görevlerde etkisiz performansı olarak (s.259) tanımlarlar. Toplumsal Uyum Ölçeği(Social Adjunstment Scale) nde rol adı verilen davranış biçimleri için "genel olarak doğru(uygun)kabul edilir ve kişilerin rol performanslarında bu gevşek rollere uyması beklenir. Sosyal uyum sosyal rolleri gerçekleştirme

yeteneğini ilgilendirir" (Clare ve Cairns 1978, s.600) denilmektedir.

Sosyal uyumun ölçülmesi ve kullanılan araçlara geçmeden önce Rol Görüşü(Role Perspective) ve Rol Çözümlemesi(Role Analysis) terim ve kavramları üzerinde durmak gerekmektedir.

Rol Görüşü. Üyelerin tümüyle birbirine benzediği veya aralarındaki farkların tümüyle rasgele veya düzensiz olduğu hiçbir toplum yoktur. Tüm insan gruplarında kişiler belli yaşam alanlarında az çok benzer davranışlarda bulunur, bazı yönlerden ayrı işlemlere konu olurlar. Bu ayrıcalıklar toplum tarafından kabul edildiğinde konumlar (positions) ve statüler (statuses) belirlenir (ana,baba, öğretmen v.b.) . Belli bir konum karşıt konumlarla bir ilişki içinde olabilir (annenin, çocuk , öğretmen ve doktorla ilişkisi gibi). Rol hem tekil hem çoğul anlamda kullanılır (anne rolü veya annenin rolleri gibi) (Platt, 1981). Merton (1957) aynı görüş konusunda şöyle yazmaktadır:

" Belli bir sosyal statü onunla ilgili tek bir rolü değil, fakat bir dizi rolü kapsar. Sosyal yapının temel özelliği budur. Yapının bu olgusu, rol-dizisi(role-set) diyebileceğimiz özel bir terimle belirlenebilir. Bu da insanların belli bir sosyal statüde bulunmaları nedeniyle sahip oldukları rol ilişkilerinin bütününü anlatmaya yarar"(s.369). Yazar örnek olarak öğretmenin; öğrencilerine, meslekdaşlarına, mesleksel örgütlere, ana/babalara bağlayan değişik rol dizileriyle öğretmenlik konumunu gösterir. Platt(1981); her rolün çeşitli kesitlerden (segments) oluştuğunu, bu kesitlerden herbirinin belli bir rolü dolduran bireyden, ilgili bir grubun beklediği davranışlar dizisi olduğunu belli konumdan değişik grupların beklentilerinin

dolduran bireyden, ilgili bir grubun beklediği davranışlar dizisi olduğunu belli konumdan değişik grupların beklentilerinin değişik olabileceğini belirtmektedir (okul müdüründen öğretmenlerle, ana ve babaların beklentileri farklıdır). Yazar bir rol kesitinin kendi içinde de beklentilerinin değişebileceğini, erkeğin karısından beklentilerinin kadının çalışan veya çalışmayan bir kişi oluşuna göre değişebileceği biçimindeki örnekle göstermektedir. Gene aynı yazar her konumun birden fazla rolü varsa aynı role birden fazla konumda raslanabilir. diyerek ekmek parası kazanma rolünün baba kadar anne tarafından da üstlenilebileceği örneğini vermektedir.

Sosyal uyumu ölçen araçlardan çoğu deneklerden iş,sosyal, evlilik ve ana/babalıkla ilgili rollerin beklendiği konusunda birleşirler(Weissman, 1975). Clare ve Cairns (1978) bunların Barrabee ve arkadaşları tarafından yirmi küsur yıl önce saptandığını o gün bugün sımsıkıya izlendiğini yazarlar. Son zamanlarda yeni rol alanları ölçeklere eklenmeye başlamıştır. Bunlar arasında cinsel ilişki, boş zamanların değerlendirilmesi, tedavi hizmetleri sayılabilir(Weissman, 1975; Platt, 1981) Ayrıca alt roller(sub-roles) örneğin : cinsel ilişki sıklığı (Barrabee ve ark., 1955; Gurland ve ark., 1972; Weissman ve ark., 1974), karşı tarafın gereksinmelerine ilgi (Platt, Weyman ve Hirsch, 1980), cinsel ilgi şiddeti(Gurland ve ark., 1972 a, Weissman ve ark., 1974) incelenmiştir.

Kişinin kendi sosyal grubunda geçerli olan beklentileri dikkate almaksızın kişinin rol davranışını anlamaya veya değerlendirmeye çalışmanın yetersiz olduğu açıktır.

Rapaport ve Rosow (1957) hastanın rol performansının, öteki aile üyeleri ile ilişkisinin bir fonksiyonu olarak görülebileceğini öne sürmektedirler. Rapaport ve Rosov'a göre

"... rol ölçütleri konusunda aileden beklenen görüş birliği sorun yaratabilecek bir konudur, çatışan normların rol başarısızlığına nasıl katkıda bulunduğunu görmeyi engeller .....Her insan evlilik ilişkisinde aile rolleri konusunda uygun davranışın ne olduğunu içeren kendi normlarını getirir.. ....Görüş birliğinin olduğu yerde, rol performansı kolaylaşır; aksi durumlarda rol performansı bundan zarar görür" (s.213-214). Bu çözümlemenin bir içermesi, evliliğin başarısızlığının çatışan norm ve değerlerle ilgisi bulunabileceğidir. Davranışın değerlendirilmesinde bireyin çevresindeki geçerli beklentilerinin veya ortak uyuşma normlarının göz önüne alınması zorunludur. Bir alt kültürde beklentilere uyan bir davranış bir başkasında sapıcı sayılabilir.

Platt (1981) konuyu incelediği ve tartıştığı yazısında şu görüşlere yer vermektedir.:

" Bireyin referans gruplarının veya rol kesitlerinin beklentilerini(hatta ideallerini) bir yana bıraktığımız zaman artık rol performansını bireyin çevre ile etkileşiminden doğan bir toplumsal davranış olarak kavramsallaştırmıyoruz demektir. Uygulanan ölçütlerin bireyin grubuyla bir ilgisi olup olmadığını bilemeyiz. Belli kültürlerde genel kurallar yetersiz sayılarak bir yana bırakılırlar, insanlar birbirleri ile genellikle bireysel örneklerinin temel değerlendirme ölçütü oluşturduğu , kişisel normlarla ilişki kurarlar. İdeal ölçütler yararlı olur veya olmaz" (s.100). Gerçek davranışın istatistik ortala-

maya göre kıyaslanması yukarıdakine benzer sonuçlara yol açabilir. Bireyin performansının kendi referans grupları tarafından değerlendirilmesinde genel toplumun davranışının ölçüt alındığını gösteren bir deneysel bulgu yoktur. Davranışın sınırları veya ortalaması çevresindeki değişmeler tek bir normdan söz etmeye olanak vermeyecek kadar geniş olabilir (Ruesch ve Brodsky, 1968; Hogarty ve Katz, 1971; Clare ve Cairns,1978). Önemli olan bir başka nokta da başkasını değerlendiren bireyin o kişinin performansı konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olamayabileceğidir (Paltt, 1981).

Sosyal Uyumun Ölçülmesi. Sosyal uyumun ölçülmesi son yirmi yıldır giderek önem kazanmış olup, toplum ruh sağlığı eğitim programlarına, ruh hastalarının hastane sonrası uyum çalışmalarına, epidemiyolojik taramalara, daha yakınlarda ilaç ve psikoterapinin koruyucu amaçla kullanılması alanlarına yayılmıştır. Günümüzde ruhsal rahatsızlıkların sosyal sistem içinde oluştuğu bilinci giderek yerleşmekte hastanın aile yaşamının, arkadaşlarının, çalışma biçiminin tedavi ve prognoz açılarından etkili olduğu düşünülmektedir. Konu ile ilgili önemli bir nokta çalışma yöntemlerinin basitleştirilmesi ve değerlendirme tekniklerinin standardizasyonudur.

Weissman (1975)a göre : Hiçbir ölçeğin gereksinmeye tam yanıt verdiği söylenemez. Üzerinde durulması gereken birinci konu içerik (muhteva) tir. Bir ölçeğin içeriği araştırılan ve saptanan alanların değerlendirilmesi ile yapılır. Saptanan alanlar olabildiğince geniş olmalıdır. Sosyal uyum kavramı değişik rol fonksiyonlarını kapsar. Her rol içinde fonksiyonlar "enstrümental ve affektif" olarak ikiye ayrılır. Belli davra-

nışlar role bağlı olmayabilir ve tüm rollerde bellidir. Örneğin kapılma, direnç, doyum ve düşmanlık gibi. Sosyal uyumun bu ayrı komponentlerini ölçen ölçek oldukça duyarlı(hassas) demektir. Rahatlıkla kullanılabilir" (s. 357-358).

Bilgi edinme yöntemi. Kişinin kendisinin bilgi verdiği envanterler; bir dizi soruya verilen yuvarlak yanıtlarla (hiç yok veya çok var gibi) durum tanımlanmaya çalışılır. Ekonomik bir yöntemdir, yetenekli görüşmeci ve eğitim programı gerekmez. Okuma yazma bilmeyenlere sorular okunur. Tüm soruların yanıtlanabilmesi için bir araştırma asistanının bilgi verenin yanında bulunması yararlı olur. Görüşmeciye (interviewer) gerek olmaması ve ucuzluğu yöntemin olumlu yönleridir. Olumsuz yönleri ise ; psikotik ve sanrıları (hezeyan) olanların bozukluklarını saklayabilecekleri, verilen işi tamamlayamayacak kadar ağır olanların veya yanıltıcı yanıtlar verenlerin bulunabileceğidir (Prusoff, Klerman ve Paykel, 1972).

Posta ile gönderilen soru listeleri ve telefon görüşmeleri, çok ucuz bir yöntemdir. Güvenirliği kuşkuludur. Tam yanıt genellikle alınamaz. Bunda duygusal nedenler rol oynar. Telefon görüşmeleri yapıldığı zaman , yanıt hızı daha kolay denetlenebilir. Coğrafi koşullar nedeni ile hastaya ulaşılamadığında veya geniş kapsamlı izleme çalışmaları için bu yöntem yararlı olabilir (Weissman, 1975).

Karşılıklı görüşme, yetenekli elemana gereksinme gösterdiği için en pahalı yoldur. Global değerlendirmeye dayanan, strüktürsüz, klinik yargı gerektiren görüşmeler en fazla eğitimi gerektirir. Strüktürlü, önceden planlanmış maddelerle yapılan görüşmeler en az eğitimi gerektirir. Yarı strüktürlü görüş-

meler bu ikisinin ortasına oturur. Yöntemin olumsuz yönleri, pahalılığı, görüşmecinin eğitimi ve görüşmeciden gelebilecek olumsuz etkilerdir. Olumlu yönü ise elde edilebilecek en fazla bilginin toplanabilmesidir. Yanıtlar kadar, bunların değerlendirilmesi de derecelendirilebilmektedir. Ayrıca işbirliğine hazır olmayan hastanın önceden sakinleştirilip değerlendirmeye katılması sağlanabilecektir. Şu nokta önemlidir ki bilgi alma biçimi ne olursa olsun yöntemi iyi çizilmemiş veya yeterince denenmemiş bir soru listesinin açığını kapatmaya olanak yoktur(Weissman, 1975).

Hasta hakkında bilgisi olanlarla görüşme. Bu yolla genellikle yakın bir akrabanın hastanın uyumunu derecelendirmesi istenir. Bu yol taburcu olan skizofrenikler için bilgi toplayabilmek açısından iyi bir yöntemdir. Ayrıca skizofrenik hastanın ailesi genellikle tedavi sürecinin içinde oldukları için kolay bulunabilmeleri olasıdır. Bu yöntemin olumsuz yönü hastanın işbirliği yapacak bir yakını veya arkadaşının olması gereğidir(Clausen, 1972).

Kayıtlar. Bilgi için kayıt oldukça uçuz ve güvenilir bir yöntemdir. Yalnız kayıtların özellikle araştırma amacı ile tutulduğunu, değişken olduklarını ve tam olmadıklarını belirtmemiz gerekir. Tüm hastalar için tek biçimde bilgi kaynağı söz konusu değilse hastaları kıyaslamak çok güç olacaktır.

Psikometrik özellikler. Bir aracın gösterilebilen güvenirliği (reliability), geçerliği (validity) normları ve değişebilir olması gerekir (Weissman, 1975).

Zaman. Değerlendirmenin kapsadığı süre açıkça belirtil-

melidir.

Uygulama süresi. Ortalama bir saat olmalıdır. Birkaç dakikada yanıtlanan bir ölçeğin geçerli olmayacağı, bir saatten uzun sürecek bir görüşmenin görüşmeci ve görüştüğü kişiyi sıkacağı açıktır.

Derecelendirme. Bilginin analiz ve işlemleri için iyi geliştirilmiş, sayısal(kantitatif) derecelendirme(puanlama gibi) sistemi çok önemlidir.

Eğitim. Değişik yorum ve derecelendirme araştırılan grupların aldığı sonucu etkiler. Eğitim programının geliştirilmesi ve açıklayıcı bilgilerin hazırlanması gerekir.

Aşağıda kullanılmak üzere önerilmiş olan fakat kullanılma alanı çok değişik olan sosyal uyum ölçekleri kısaca tanımlanmaktadır.

Sosyal Uyum Ölçekleri. 1. Normatif Sosyal Uyum Ölçeği (Normative Social Adjustment Scale) : Bu ölçek iş, ekonomik durum, aile yaşantısı ve sosyal yaşantıyı ölçer. Yirmi yedi madde beş derece üzerinden değerlendirilir. Bilgi bir saat süren yarı strüktürlü hasta görüşmesi sonucu toplanır. Ölçmeye çalışılan zaman aralığı dört hafta ile bir yıl arasında değişir. Çok geniş kapsamlı olan bu ölçekle ilgili güvenirlik çalışması, normlar ve derecelendirme kuralları yoktur(Miles ve ark., 1951; Miles ve ark., 1954; Barrabee ve ark., 1955).

2. Sosyal yetersizlik Ölçeği (Social Ineffectiveness Scale) : Bu ölçek hastanın önemli ilişkilerdeki ve araştırıcı ile yetersizliklerini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Tanımlanan on beş kategoride beş dereceli global değerlendirme

yapılır. Bu değerlendirme bir ruh hekimi ve perde gerisindeki bir araştırıcı (tek yönlü gözlem odası gibi) tarafından aynı anda yapılır. Ruh hekimi hasta ve yakını ile strüktürsüz iki görüşme yapar. İki görüşme sonucunda alınan dört değerlendirme ile son derecelendirme yapılır. Ölçülmeye çalışılan zaman aralığı belirtilmemiştir. Görüşmeciler arasında yapılan güvenirlik çalışmaları geçerli ve kabul edilebilir niteliktedir. Derecelendirme sistemi ve eğitim materyali vardır. Bu ölçeğin önemi; daha sonraki ölçeklerin kaynağı oluşundadır. Uygulanması çok sıkıcıdır (Parloff ve ark., 1954; Frank ve ark., 1959; Gilberstadt ve ark., 1968).

3. Mandel Sosyal Uyumu Derecelendirme Ölçeği (Mandel Social Adjustment Rating Scale): Bu ölçek kişinin sosyal normlarını ,iş(işçi, öğrenci, emekli v.b.), aile yaşantısı(karı-koca, ana-baba), ekonomik durum, sağlık, din, yerleşim ve toplumsal uyumu ölçmeğe çalışır. Tanımlanan otuz yedi madde beş dereceli olarak puanlanır. Strüktürsüz bir görüşme ile denekten bilgi toplanır. Ölçmeğe çalıştığı zaman aralığı bir kısım maddeler için bir hafta, bir kısım maddeler için bir aydır. Geçerliği, güvenirliği ve normları yayınlanmamıştır. Puanlama sistemi ve açıklamaları vardır. Ana rollerle ilgili bölümü çok iyidir. Emekliler için ayrı bir bölümü vardır. Enstrümental ve affektif performansı ölçer. Strüktürsüz görüşme yöntemi ve ölçülen değişken zaman aralığı değerlendiriciler arası güvenirlikte bazı sorunlar yaratır (Gilberstadt ve ark., 1968; Weissman, 1975).

4. Sosyal Uyum Envanter Metodu (Social Adjustment Inventory Method) : Hastanın sosyal ve aile ilişkilerini, ça-

lışmasını, kendine bakımını ve antisosyal davranışını ölçer. posta ile gönderilir. Otuz üç global madde altı derece üzerinden değerlendirilir. Doldurmayı hastayı bilen başka birisi yapar. Yanıt vermeyenlere bir ev ziyareti yapılır. Kadın ve erkek için ayrı formlar vardır. Bu yöntem eski askerlerin hastane tedavisinden sonra topluma uyumunu ölçmek için geliştirilmiştir. Toplum içinde ve işte enstrümental perfonmansı ölçer. Temel olarak hastaneye yatıştan önceki iki yıl ile çıkıştan sonraki üç ayı kapsar. Güvenirliği konusunda bilgi vardır; geçerliği konusunda yoktur. Bilgi toplama yöntemi yeterlidir. Formda belirtilmeyen bir puanlama sistemi vardır(Weissman, 1975).

5. Kişisel Uyum ve Rol Becerileri (Personal Adjustment and Role Skills PARS III): Ev işleri, ana babalık, iş, sosyal katılma, alkol ve ilaç kullanımı konularında belirtileri ve uyumu ölçer. Erişkin ruh hastalarının sosyal davranış ve uyumlarını ölçmek için geliştirilen ölçeğin gözden geçirilmiş üçüncü baskısıdır. Bu ölçek askeri hastanedeki ruh hastaları için geliştirilmiştir. Erkekler için yüz yirmi, kadınlar için yüz on beş madde vardır. Sorular hastanın yakını tarafından doldurulduktan sonra posta ile gönderilir. Değerlendirme beş derece üzerinden yapılır. Kapsadığı süre geçen bir aydır. Ölçeğin birinci ve ikinci baskıları için geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları, puanlama yöntemi, faktör analizi sonuçları ve açıklayıcı kılavuz(manual) vardır. Form önceden kodlanmıştır. Normlar hastanede yatan hastalar tarafından hazırlanmıştır. Ekonomik bir yöntemdir. Sosyal ve iş uyumunu iyi bir biçimde saptar. Ölçeğin bir bölümü hastalık belirtileri ile ilgilidir. Elde edilemeyen bilgiler ve postaya bağlı yanıt hızı konularında bazı sorunlar vardır(Ellsworth ve Clayton,1959;Weissman, 1975).

6. Katz Uyum Ölçeği (The Katz Adjustment Scale,KASR) : Hastaların belirtisel davranışlarını ve topluma uyumlarını ölçer. Dört dereceli ölçekte iki yüz beş madde hasta ile yakın geçmişte ilişkisi olan bir akraba tarafından doldurulur. Madde açıklamaları çok nettir. Tamamlanması ortalama otuz beş dakika alır. Ölçek son üç haftayı ölçer. Geçerlik ve güvenirliği konularında bilgi ve eğitim materyali vardır. Bu ölçek hastanın enstrümental performansını ve boş zamanını değerlendirmesini çok iyi ölçer. Evlilik, ana-baba ve aile ilişkilerine daha az yer verilmiş olup yeni ekler gerekmektedir. Uygulamada akrabaların işbirliğinin genellikle iyi olduğu bildirilmektedir (Hogarty ve Katz, 1971; Weissman, 1975).

7. Kişilik ve Sosyal Uyum Ölçeği (Personality and Social Adjustment Scale) : Hastanın sosyal, iş, kurumsal, aile grupları ve kendisi ile olan uyumunu geniş bir biçimde ölçer. Global olarak tanımlanan on yedi madde beş derece üzerinden hasta tarafından değerlendirilir. Form eskiden posta ile gönderilirdi. Bu formlar akrabaların yanıtlaması için hazırlanmış ama yeterli işbirliği sağlanamadığı için bundan vazgeçilmiştir. Tedavi etkinliğini ölçmek için geliştirilmiştir. Şimdiki durumu ölçer. Güvenirlik ve geçerliği konusunda bilgi vardır. Ölçek basit ve tamamlanması kolaydır. Puanlama sistemi vardır. Alınan bilgi kısıtlı olmakla birlikte ekonomiktir. Karı-koca, ana-baba rolleri ile ilgili özel maddeleri yoktur. Günümüzde psikoterapinin etkisini ölçmek için kullanılmaktadır (Clark, 1968).

8. Bireyin Toplumsal Çevresine Uyum Çizelgesi (Community Adaptation Schedule, CAS) : Bu ölçek davranışı, affektif ve

kognitif yetileri ölçer. İş, aile, sosyal, ticari ve profesyonel alanları kapsar. İki yüz on yedi madde altı derece üzerinden değerlendirilir. Kapsadığı zaman "şimdi"dir. Geçerlik ve güvenirlik bilgileri ve eğitim materyali vardır. İlk okul mezununun anlayabileceği bu ölçeğin tamamlanması ortalama kırk dakika alır. Hasta ve hasta olmayanlar için normlar bir kitapçıkta toplanmıştır. Psikoterapi dahil değişik tedavilerin etkisini ölçer. Enstrümental ve affektif performans geniş bir biçimde ele alınmıştır. Son bir yıl içindeki davranışlarla, yaşam süresince karekterolojik davranışı birlikte ölçen maddelerden dolayı bilimsel araştırmalar için daha az hassas bir ölçek olarak kabul edilmektedir (Roen ve ark., 1966; Weissman,1975).

9. Sosyal Yetiyitimi Ölçeği (The Social Disability Scale): Bu ölçek hastanın fizik ve davranış bozukluklarını, sosyal yönden değiştiren etkenleri, özellikleri, başkalarının beklediği performansı, sosyal sistemin toleranş sınırlarını ölçer. Ölçek kırk dokuz değişik alanı ölçmek için geliştirilmiştir. Otuz yedi alanda fizik, yedi alanda davranış bozuklukları, beş alanda da değiştiren etkenler (modifying factors) ölçülür. Bilgi hasta ile yapılan yarı strüktürlü bir görüşme ile sağlanır.Yetiştirilmiş bir görüşmeci kırk beş-doksan dakikada gerekli bilgileri toplar. Güvenirlik, geçerlik ile ilgili bilgi ve eğitim materyali vardır. Maddeler önceden kodlanmış olup bilgisayar analizi için düzenlenmiştir. Ölçülen zaman aralığı"şimdi" dir. Bu ölçek rehabilitasyon düşünülen kronik hastalar için geliştirilmiştir. Fizik sakatlığı, psikopatolojiyi, iş, boş zaman alanlarını ve değiştiren etkenleri ölçer. Rol performan-

sına çok az yer ayrılmıştır. Fizik hastalığı olanlarda başarı ile kullanılır. Ruhsal bozukluklar için elverişli değildir. Ruesch ve Brodsky, 1968; Ruesch, 1969; Ruesch ve ark., 1972).

10. Sosyal Bozukluğu Denecelendirme Ölçeği (Social Dysfunction Rating Scale, SDRS) : Subjektif ve objektif performansı ölçer. Yirmi madde, altı derece üzerinden değerlendirilir. Otuz dakika süren yarı strüktürlü bir görüşme yapılır. Yargıya görüşmeyi yapan varır. Kapsadığı zaman bugün veya geçen haftadır. Güvenirlik ve geçerlikle ilgili bilgi, puanlama sistemi, faktör analizi sonuçları, kılavuz ve eğitim materyali vardır. Hastalık ve alışkanlığı olanlar ve yaşlılar için kullanılabilir. Kısa olduğu ve rol performansına gerek olmadığı için yaşlılar için uygun bir ölçektir. Karı-koca, ana-baba rollerini kapsamaz. Eğitilmiş görüşmeci gerektiren bir ölçektir (Linn ve ark., 1969; Weissman, 1975).

11. Psikiyatrik Durum Çizelgesi (Psychiatric Status Schedule ,PSS) : Değişik roller gösteren bireylerin kıyaslanmasını sağlar. Çok kesin strüktürlü ve güvenilir bir yöntemdir. Belirtileri, günlük rutindeki bozuklukları, boş zamanı, ilaç ve alkol kullanımını ve değişik rol alanlarını kapsar. Hasta ile yapılan görüşmede üç yüz yirmi bir madde derecelendirilir. Uygulama süresi kırk dakikadır. Bilgisayar programları vardır. Kapsadığı zaman geçen hafta, ilaç alkol kullanımı ve rol fonksiyonları için geçen aydır. Geçerlik ve güvenirliği ile ilgili bilgi vardır (Spitzer ve ark., 1964; 1967; 1968 ; 1970).

12. Psikiyatrik Değerlendirme Formu (Psychiatric Evaluation Form, PEF): Bu ölçek PSS ile aynı şeyleri ölçer.

Araştırılan davranış boyutları geniştir. Altı dereceli global ölçekli yirmi yedi madde değerlendirilir. Hasta ile ortalama kırk dakikalık strüktürlü bir görüşme yapılır. PSS de olduğu gibi geçerlik ve güvenirlik ile ilgili bilgi, faktör analizi ve eğitim materyali vardır. Bilgisayar için uygun bir ölçektir. Uygulanması kısadır. Tecrübeli klinisyenler için uygundur (Fleiss ve ark., 1965; Melrose, 1970; Endicott ve Spitzer,1972).

13. Geçmiş ve Şimdiki Durumun Psikopatoloji Ölçekleri (Corrent and Past Psychopathology Scales CAPPS): Geçmişe ait içerdiği bilgiler açısından oldukça değerli bir ölçektir. Madde içeriği PFF ve PSS nin aynıdır. Bilgisayarla tanı için geliştirilmiştir. Yüz yetmiş bir madde altı derece üzerinden değerlendirilir. Kapsadığı zaman geçen aydır. Hasta ile yapılan bir iki saatlik strüktürlü görüşme ile bilgi alınır. Geçerlik ,güvenirlik ve eğitim ile ilgili bilgi vardır. Enstrümental ve affektif performansı ayırmaz (Spitzer, ve Endicott, 1969; Endicott ve Spitzer, 1972). PSS, PEF ve CAPPS aynı araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

14. Uyumsuzluğu saptamak için Strüktürlü ve Dereceli Görüşme (Structured and Scaled Interview to Assess Maladjustment SSTAM): Bu ölçek beş rolde davranış sapmalarını, başkaları ile sürtüşmeyi ölçer. İş(işinde, evinde, okulunda) sosyal, aile, evlilik ve cinsellik , on bir dereceli ölçekte altmış madde ile değerlendirilir. Bilgi hasta ile yapılan strüktürlü bir görüşme ile sağlanır. Uygulama otuz dakika sürer. Kapsadığı zaman genellikle geçen bir aydır. Bu ölçek sayısı çok az olan strüktürlü sosyal uyum ölçeklerinden birisidir. Güvenirlik ve geçerliği geniş kapsamlıdır, özellikle poliklinik hastaları

için yararlı bir ölçektir. Davranışla ilgili bölümlerin biraz daha geliştirilmesi gerekmektedir (Gurland ve ark., 1972 a; 1972 b; Hoehn-Saric ve ark., 1972).

15. Sosyal Uyum Ölçeği (The Social Adjustment Scale, SAS): İş yaşamında enstrümental ve affektif performans, sosyal ve boş zaman aktiviteleri, aile ile ilişkiler, evlilik, ekonomik bağımsızlık değerlendirilir. Her rol alanında performansı, kişiler arası ilişkileri ve rollerdeki doyumu ve sürtüşmeyi ölçer. Bu ölçek SSIAM ın değiştirilmiş biçimidir. Kırk sekiz madde 5 derece üzerinden değerlendirilmektedir. Bilgi hastadan altmış dakikalık görüşme ile elde edilir. Geçen iki aylık dönem ölçülür. Cevap sayfası önceden kodlanmış olup güvenirlik ve geçerliği ve eğitim materyali vardır. Bu ölçek antidepressiflerin proflaktik kullanımı ve kadında psikoterapinin etkisini ölçmek için geliştirilmiştir. Geçen iki aylık dönemi kapsar (Paykel ve ark., 1971; Weissman ve ark., 1971; 1974).

16. Sosyal Rol Performansı Aracı (The Social Role Performance Instrument, SRPI): Yeni geliştirilen ve kadının erişkin rollerini araştıran bir ölçektir. Sosyal uyumu(MMPI' dan alınan sorularla), sosyal eğilimi, sosyal davranışı, annelik stressini ve grup üyeliğini ölçer. Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları vardır(Cohler ve ark., 1974).

17. Sosyal Fonksiyon Görme Ölçeği (The Social Functioning Schedule, SFS) : Psikotik olmayan hastalar için geliştirilmiş kısa bir ölçektir. Geçerlik ve güvenirlik ile ilgili bilgi vardır. Kişilik bozukluklarını başka bozukluklar ve hasta olmayan-

ıardan ayırt edebildiği öne sürülmektedir. On iki uyum alanı ölçülür. Bilgisyaar programları için uygun bir ölçektir. Kişi ile doğrudan görüşme ile değerlendirme yapılır(Remington ve Tyrer, 1979).

18. Sosyal Davranışı Saptama Ölçeği (The Social Behaviour Assessment Schedule SBAS) : Hastanın yakın akraba veya arkadaşıyla yapılan yarı strüktürlü görüşmeye dayanır. Ölçek hastanın davranış bozukluğunu, sosyal performansını ve aile üyelerine olumsuz etkilerini ölçer. Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları vardır. Standardize edilmiş bir ölçek olduğu için rutin hasta ve epidemiyolojik çalışmalar için uygun bir ölçek olduğu öne sürülmektedir (Platt ve ark., 1980; Platt, 1981).

Yukarıdaki araçlar çok sınırlı ölçümler yapabilmektedir. Uluslararası alanda kullanılabilirlikleri oldukça kuşkuludur. Bu konu sosyal uyum ve yetiyitimi araştırmalarında en önemli sorundur. Yayınlarda çok değişik ve çelişkili sonuçların bulunması, iyi geliştirilmemiş, standartlaştırılmamış ve uluslararası geçerlik ve güvenirlik kazanmamış yöntemlerin kullanılmasından(Lin, 1967; Leighton, 1974; Cooper, 1978 a). Her hastalıkta sosyokültürel ve ekonomik etkenlerin bir yeri olabilirse de ruhsal bozukluklarda kültürel ve sosyal değişkenlerin büyük etkisi tartışmasız kabul edilmektedir. Bu etkilerin incelenmesi hastalıkların tanınmasında, izlenmesinde, tedavi koruma ve rehabilitasyon için uygun yöntemlerin bulunmasında çok yararlı olacaktır(Öztürk ve ark., 1981 b). Uygarlaşmanın kişinin üzerinbirden çok rol istemi ile hastalık sonrasında yetiyitimi tehli-

kesini artırdığı söylenebilirse de kırsal kesimdeki toplumların kronik hastaları daha iyi barındırdığını göstermek veya söylemek kolay değildir; ayrıca geleneksel toplumlarda bir veya birçok rolden oluşan bir dizi öylesine önemli olabilir ki bu tür yükümlülükleri yerine getirme başarısızlığı hastanın ciddi bir sosyal çöküntüye uğraması, hatta gruptan atılması ile sonuçlanabilir. Bu durum araştırma ile ilgili zorluklara bir örnektir.

Dünya Sağlık Örgütü 1960 lardan beri konu ile ilgili epidemiyolojik araştırmaları desteklemekte ve işbirliği yapmaktadır. Bunlardan en önemlisi Skizofreni Pilot Çalışması (International Pilot Study of Schizophrenia)dır. Bu çalışmada standartlaştırılmış bir muayene yöntemi olan şimdiki Durum Muayenesi (Present State Examination) (Wing ve ark., 1974) dokuz ülkede iki bin iki yüz hasta üzerinde uygulanmış, psikiyatrik epidemiyolojide geçerli uluslararası bir araştırmanın verimli bir biçimde yapılabileceği gösterilmiştir. Ancak bu çalışmada gidiş ve prognoz ve ortaya çıkan yetiyitiminin değerlendirilmesinde büyük güçlükler olduğu görülmüştür. Bu nedenle yalnız tanı koyma araçlarını değil gidiş ve sonlanışı belirleyecek araçların geliştirilmesi için büyük bir gereksinme ortaya çıkmıştır. Buna paralel olarak geniş ayrı bir izleme araştırması için yedi ülke ile (Türkiye, Hollanda, İsviçre, Batı Almanya, Bulgaristan, Yugoslavya, Sudan) işbirliği sağlanmış ve çalışmalar yürütülmektedir(Jablensky ve ark., 1980).

Araştırma çerçevesinde yetiyitimini değerlendirme amacı ile standart temele dayalı araçları tamamlayabilecek, değişik

kültürlerde hastaların hem rutin değerlendirmelerinde hem de epidemiyolojik araştırmalarda kullanılacak bir çizelge geliştirilmiştir (Tomov ve ark., 1978). Bu çizelge Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi(Disability Assessment Schedule)dir.

Bu çalışmada kullanılan Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi materyal ve metod bölümünde anlatılmıştır.

Bu bölümde ruhsal rahatsızlıklar nedeni ile ortaya çıkan sosyal uyumsuzlukların ve yetiyitiminin önemi vurgulanmaya çalışıldı. Bu alanda ülkemizde araştırmalar çok sınırlı kalmıştır.

A M A Ç

Bu araştırmada ruhsal rahatsızlık sonucu sosyal davranış ve sosyal rollerde ortaya çıkan uyum bozukluğu veya yetiyitiminin standart bir çizelge olan Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi uygulanarak saptanması, sosyal davranış ve sosyal roller açısından dört tanı grubu (akut skizofrenik, kronik skizofrenik, nörotik ve kontrol) arasındaki farklılıkların araştırılması planlanmıştır.

Amaçlar aşağıda sıralanmıştır.

Bu araştırmada :

(i) ruhsal yetiyitimi ve sosyal uyumun değişik tanı gruplarında standart bir çizelge (Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi) ile ölçülmesi,

(ii) davranış, sosyal rol performansı ve uyum açısından gruplar arasında fark olup olmadığının,

(iii)davranış, sosyal rol performansı ve uyum açısından kadın, erkek farkının olup olmadığının,

(iv) değişik kültürlerde uygulanabileceği öne sürülen çizelgenin ülkemizde geçerliğinin,

araştırılması amaçlanmaktadır.

MATERYAL VE METOD

Bundan önceki bölümde, araştırmanın amaçları belirtilmişti. Bu bölümde de, bu amaçları gerçekleştirmek için yapılan araştırmanın materyal ve metodu anlatılacaktır.

Denekler : Araştırma üç ayrı tanı grubu(akut skizofrenik, kronik skizofrenik , nörotik) ve kontrol grubu üzerinde yapıldı. Her grupta 15 - 55 yaşları arasında, en az ilkokul mezunu on erkek ve on kadın olmak üzere, dört grupta toplam seksen denek kullanıldı.

Deneklerin seçimi : Birinci gruba (akut skizofrenik grup, Bl) 15-55 yaşları arasında, organik beyin bozukluğu olmayan (epilepsi, geri zekâlılık, ağırı duyu kaybı (görme ve işitme gibi) veya ciddi alkol ve ilaç bağımlılığı (dependence) gibi), rahatsızlığı ilk defa ortaya çıkmış ve bir yıldan daha uzun bir geçmişi olmayan, ICD/9 (WHO, 1978 b)'a göre skizofreni tanısı konulan, araştırma sırasında Hacettepe Hastaneleri'nde yatan on erkek ve on kadın olmak üzere toplam yirmi hasta alınmıştır.

İkinci gruba (kronik skizofrenik grup, B2) 15-55 yaşları arasında organik beyin bozukluğu olmayan(epilepsi, geri zekâlılık, organik duyu kaybı (görme ve işitme gibi) veya ciddi alkol ve ilaç bağımlılığı gibi), en az beş yıldan beri skizofreni tanısı ile izlenen, en az iki kez hastanede yatarak tedavi edilen ve araştırma sırasında Hacettepe Hastaneleri'nde yatan ICD/9 (WHO, 1978 b) a göre kronik skizofreni tanısı konan, on erkek ve on kadın olmak üzere toplam yirmi hasta alınmıştır.

Üçüncü gruba(nörotik grup, B3) 15-55 yaşları arasında, organik beyin bozukluğu olmayan (epilepsi, geri zekâlılık,organik duyu kaybı (görme ve işitme gibi) veya ciddi alkol ve ilaç bağımlılığı gibi), ICD/9 (WHO ,1978 b)'a göre psikonevroz tanısı konulan ve araştırma sırasında Hacettepe Hastaneleri'nde yatan on erkek ve on kadın olmak üzere toplam yirmi hasta alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların dosya numaraları EK IV'te verilmiştir.

Dördüncü gruba (kontrol grubu, B4) 15-55 yaşları arasında, organik beyin bozukluğu olmayan (epilepsi, geri zekâlılık organik duyu kaybı (görme ve işitme gibi) veya ciddi alkol ve ilaç bağımlılığı gibi), araştırmanın yapıldığı zamana kadar ruhsal rahatsızlık nedeni ile psikiyatri ile hiç ilişkisi olmamış on erkek ve on kadın olmak üzere toplam yirmi denek alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin yaş gruplarına ve tanı gruplarına göre dağılımı Tablo l'de verilmiştir.

TABLO 1

DENEKLERİN YAŞ VE TANI GRUPLARINA GÖRE DAĞILIM TABLOSU

Yaş/Gruplar	B1	B2	B3	B4	Toplam
15-34	20	9	15	12	56
	x (25.00)	(11.25)	(18.75)	(15.00)	(70.00)
35-55	-	11	5	8	24
	(-)	(13.75)	(6.25)	(10.00)	(30.00)
Toplam	20	20	20	20	80

x Parantez içindeki rakamlar yüzdeyi gösterir.

B1 : akut skizofrenik, B2:Kronik skizofrenik
B3:nörotik B4: kontrol

Deneklerin medeni durum ve tanı gruplarına göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

TABLO 2

DENEKLERİN MEDENİ DURUM VE TANI GRUPLARINA GÖRE DAĞILIM TABLOSU

Medeni durum / Gruplar	B1	B2	B3	B4	Toplam
Bekar	19	15	7	9	50
	x (23.75)	(18.75)	(8.75)	(11.25)	(62.50)
Evli	1	5	13	11	30
	(1.25)	(6.25)	(16.25)	(13.75)	(37.50)
Toplam	20	20	20	20	80

x Parantez içindeki rakamlar yüzdeyi gösterir.

B1: akut skizofrenik, B2: kronik skizofrenik
B3: nörotik B4: kontrol

Deneklerin eğitim düzeyi ve tanı gruplarına göre dağılımı Tablo 3'te verilmektedir.

TABLO 3

DENEKLERİN EĞİTİM DÜZEYİ VE TANI GRUPLARINA GÖRE DAĞILIM TABLOSU

Eğitim düzeyi / Gruplar	B1	B2	B3	B4	Toplam
İlkokul	4	5	9	2	20
	x (5.00)	(6.25)	(11.25)	(2.50)	(25.00)
Ortaokul/Lise	16	11	7	12	46
	(20.00)	(13.75)	(8.75)	(15.00)	(57.50)
Üniversite	-	4	4	6	14
	-	(5.00)	(5.00)	(7.50)	(17.50)
Toplam	20	20	20	20	80

x Parantez içindeki rakamlar yüzdeyi gösterir.

B1: akut skizofrenik, B2: kronik skizofrenik
B3: nörotik B4: kontrol

Bilgi toplama araçları ve işlem : Hastaların yaş, medeni durum, eğitim düzeyleri ve iş durumları ile ilgili bilgiler Dünya Sağlık Örgütü'nce geliştirilen ve Hacettepe Hastaneleri Psikiyatri Servisleri'nde yatan tüm hastalara uygulanan geçmiş Öykü ve Sosyodemografik Bilgi Çizelgesi'nden(Past History and Sociodemographic Schedule) alındı. Tüm denekler için Yetiyimiti Değerlendirme Çizelgesi (Disability Assessment Schedule) ruhsal, zihinsel ve diğer davranışlardaki bozuklukların, sosyal fonksiyon ve rollerde meydana getirdiği yetiyitimini değerlendirme

amacı ile kullanılmıştır. Bu çizelge EK I'de, uygulanması ve değerlendirme ile ilgili kurallar EK II'de, kullanılan terimlerin açıklamaları EK III'tedir.

Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi : Dünya Sağlık Örgütü'nce psikiyatrik yetiyitiminin saptanması ve azaltılması konulu araştırma için özel olarak geliştirilmiştir (Jablensky ve ark, 1980). Hastanın kendi sosyal ve kültürel yaşantısı içinde sosyal uyumunu ve davranışını saptar. Bu çizelgede yetiyitimi(disability): Ruhsal rahatsızlık sonucu sosyal davranış ve sosyal rollerde ortaya çıkan uyum bozukluğudur.

Çizelgenin aslı İngilizce'dir. Dilimize Dr.Işık Savaşır, Dr. Ahmet Göğüş ve Dr.M.Orhan Öztürk tarafından çevrilmiştir. Bu çeviri Dr. Işık Savaşır tarafından yeniden İngilizce'ye çevrilmiştir. Çizelge ile ilgili kılavuz ve sözlük de dilimize çevrilmiştir (EK II, EK III).

Araştırmacı 1978 yılında Nottingham Üniversitesi Psikiyatri Bölümü'nde çizelgenin uygulanması ve değerlendirilmesi ile ilgili eğitim görmüştür.

Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi bir soru listesi (questionnaire) olmayıp bir görüşme çizelgesi(interview schedule) olduğundan derecelendirme ve değerlendirme görüşmeci ile bilgi veren(ler) arasındaki karşılıklı konuşma ve kayıtların incelenmesi sonucu varılan sonuçlara göre yapılmıştır.

Bu çizelge ile araştırılan davranış ve roller için; her bölümde belli bir davranış veya sosyal rol konusunda bilgi sağlamaya yarayan, yol gösteren soru başlıklarını belirleyen cümlelere ek olarak yargıya varıncaya dek görüşülen kişilere sorular sorulmuştur.

Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi'nin üçüncü bölümündeki (hastanedeki hasta) sorular Wing ve Brown (1970) tarafından gerçekleştirilen "Üç Hastane Çalışması"ndaki sorulardan seçilerek alınmıştır.

Çizelge ile araştırılan davranış ve roller beş bölümde özetlenebilir.

Her rolle ilgili olarak bu durumun bir önceki yıla göre olumlu veya olumsuz yönde bir değişme gösterip göstermediği sorulmuştur.

Bölüm 1. Genel Davranış, 1.1 Kendine bakma: Bu bölümde hastanın (deneğin) kişisel hijyenini, fizik sağlığını, yeme içme alışkanlıklarını sürdürmesi ile ilgili aktiviteleri , davranış ve görünüşü, kişisel eşya ve yaşadığı yeri idaresi, kendine bakmadaki yetersizliğine karşı ailenin tepki ve duyguları araştırılmıştır.

1.2 Boş zamanları değerlendirme : Bu bölümde iş, okul ve ev dışındaki aktiviteler gözönüne alınmıştır. Bu aktivitelerin sosyal yönden kabul edilip edilmediği, kişi

için taşıdığı anlam, hastanın (deneğin) konuyla ilgisi, bu aktiviteleri planlama ve düzene sokuşu, uygulayışı, zamanını uygun olmayan biçimde doldurmasına ailenin tepki ve duyguları araştırılmıştır.

1.3. Yavaşlık : Bu bölümde günlük aktiviteler de yavaşlama, mental güç ve canlılık, performans hızının tutarlılığı ve ailenin yavaşlama ile ilgili duyguları ve tepkisi araştırılmıştır.

1.4 İletişim : Bu bölümde aile içindeki sözel iletişim (communication), başkalarının yanında bulunmaktan kaçınma, konuşma yeteneği ve ailenin bozukluk ile ilgili duyguları ve tepkisi araştırılmıştır.

Bölüm 2. Sosyal Rol Performansı, 2.1 Ev işlerine katılma : Bu bölümde ailenin sosyal bir grup olarak devamı için üstlenilen fonksiyon ve görevler , hastanın (deneğin) içindeki beklentileri (expectations). tatmindeki tarzı, aile ile ilgili konularda ilgisi ve aile yaşantısına katılmasına ailenin tepki ve duyguları araştırılmıştır.

2.2 Evlilik rolü (affektif) : Bu bölümde eş ile tartışılıp paylaşılan alanlar, affektif iletişim ve ilgi, eşe karşı destek olma ve eşin evlilik rolü performansı ile ilgili duyguları ve tepkisi araştırılmıştır.

2.3 Evlilik rolü (cinsel) : Bu bölümde hastanın (deneğin) eşi veya karşı cinsten birlikte yaşadığı kişiyle cinsel ilişkilerindeki bozukluk, eşinin hissettiği psikolojik yük ve beraberliğin devamını etkileyebilecek olumsuz sonuçlar araştırılmıştır.

2.4 Ana-baba rolü : Bu bölümde çocukların sağlık ve güvenliği için yapılanlar, çocuklarla aradaki ilişkinin yakınlığı, affektif alışveriş, ana baba rolünün kötü kullanımı ve bunun çocuklar üzerindeki etkileri, hastanın (deneğin) ana baba rolüne karşı eşinin duyguları ve tepkisi araştırılmıştır.

2.5 Heteroseksüel rol : Bu bölüm evli olmayan veya sürekli olarak karşı cinsten birisi ile yaşamayanlar için doldurulmaktadır. Heteroseksüel aktivitelerin genişliği, karşı cinsten olanlarla tanışmak için girişim ve yetenek, gelecekteki bir evlilik ile ilgili düşünce ve planlar, heteroseksüel aktivite için ailenin duygu ve düşünceleri araştırılmıştır.

2.6 Kişiler arası sürtüşme : Bu bölümde hastanın(deneğin) aile dışındaki kişilere cevap veriş biçimi, başkalarının yanında tutumu, hoşlanmadığı kişilere tutumu ve sürtüşmeye karşı ailenin duyguları ve tepkisi araştırılmıştır.

2.7 İş rolü (performans) : Bu bölüm ev hanımlarını, fiziksel sakatlığı olanları ve işsizleri kapsamamaktadır. Öğrenciler değerlendirilmektedir. İş disiplinine uyum, iş rolünü sürdürmede motivasyon, ailenin ekmek parasını kazanan kişi olarak güvenirliği, ailenin iş performansına karşı duyguları ve tepkisi araştırılmıştır.

2.8 İş rolü (ilgi) : Bu bölüm öğrenci ve ev hanımlarını kapsamamaktadır. İş edinme veya işe dönme konusunda plan ve stratejiler, atılan adımlar ve iş edinme ilgisine karşı ailenin gösterdiği duygular ve tepki araştırılmıştır.

2.9 İlgiler ve bilgi edinme : Bu bölümde hastanın (deneğin) çevresinde olup biteni bilmek için sarf ettiği çaba, bu aktivitelerdeki uğraşısı ve eve getirdiği yeni bilgilerin miktarı, günlük yaşamın kurallarına uyumu ve ilgi yitimine karşı ailenin duyguları ve tepkisi araştırılmıştır.

2.10 Kriz durumlarına tepki : Bu bölümde hastanın (deneğin) acil ve kaza durumlarında izlediği yol ve tutumu, aile tarafından güvenilme, sorumluluk ve uyumluluk konularındaki değerlendirilişi araştırılmıştır. Bölüm ikide her rolden sonra durumun geçen yıla kıyasla bir değişiklik gösterip göstermediği araştırılmıştır.

Bölüm 3. Hastanedeki Hasta, 3.1 Koğuştaki davranış: Bu bölümde servis içi harekette yavaşlık, aktivitede azalma ve artma, kişilerle görüşme, sosyal çekilme, boş zamandaki ilgiler,

yersiz ve anlaşılmayan konuşma, durum alış ve manyerizm,saldırgan davranış, yemek sırasındaki davranış, kişisel hijyen ve görünüm araştırılmıştır.

3.2 Hemşirelerin düşünceleri : Bu bölümde hemşirelik bölümünün hasta hakkındaki düşünceleri araştırılmıştır.

3.3 Hastanın uğraşıları : Bu bölümde hastanın hastanede çalışmaları, uğraşı ve sosyal tedavilere katılımı araştırılmıştır.

3.4 Dış dünya ile temas : Bu bölümde hastanın ziyaret edilmesi, servis dışına izin durumu ve evine yaptığı ziyaretler araştırılmıştır.

Bölüm 4. Ruhsal Durumu ve Sosyal Uyumu Değiştiren Etkenler (Modifying Factors), 4.1 Olumlu yönler(assets) : Bu bölümde son altı ayda bilgi artırma amacıyla veya özel bir alanda beceri geliştirme için yapılan çalışmalar, özel ilgiler, herhangi bir alanda ortalamanın üstündeki yetenek ve uyum düzeyini olumlu yönde etkileyecek özellikler ve güvenle konuşabildiği (confiding relationship) kişiler araştırılmıştır.

4.2 Olumsuz yönler(liabilities): Bu bölümde hastanın (deneğin) uyum düzeyini olumsuz yönde etkileyen çevresel ve kişisel özellikler, hastanın (deneğin) fiziksel sakatlığı veya duyu kaybı (işitme ,görme gibi) araştırılmıştır.

Bölüm 5. Genel Değerlendirme : Çizelgede kaydedilen ve derecelendirilen tüm bilgiler gözönüne alınarak,hastanın(deneğin)

sosyal uyumu hakkında görüşmecinin ve/veya değerlendirenin kanısı bu bölümde belirtilmiştir.

Çizelgenin uygulanması : Derecelendirme ve değerlendirme için hasta(denek), bir veya birkaç yakını(ana, baba, kardeş,çocuk, arkadaş gibi) ve servis görevlilerinden(doktor,hemşire) bilgi alınmış ve hastane kayıtlarından yararlanılmıştır. Bir hasta(denek) için yapılan görüşme en az kırk en fazla doksan dakika sürmüştür.

Derecelendirme : Genel davranışı ölçen birinci bölüm tüm denekler için derecelendirilmiştir. Sosyal rol performansını ölçen ikinci bölümde evlilik rolüyle ilgili maddeler yanlız evli veya karşı cinsten birisiyle sürekli yaşayanlar için derecelendirilmiştir. Ana babalık rolüyle ilgili bölüm yalnız ana, baba olan hastalar(denekler) için derecelendirilmiştir. Heteroseksüel rol ile ilgili bölüm evli olmayan hastalar(denekler) için derecelendirilmiştir. İş rolü (performans) ile ilgili bölüm işsiz veya ev hanımlarının dışındaki hastalar(denekler) için derecelendirilmiştir. İş rolü (ilgi) ile ilgili bölüm ev hanımları dışındaki hastalar(denekler) için derecelendirilmiştir. Bölüm ikideki diğer sosyal rol performansları tüm hastalar(denekler) için derecelendirilmiştir. Bölüm üç yalnız hastanedeki hastalar için derecelendirilmiştir. Bölüm dört ve beş tüm hastalar(denekler) için derecelendirilmiştir. Bu çizelge ile ölçülen zaman aralığı geçen bir aydır. Kriz durumlarına tepkide(2.10) son altı ay içerisindeki davranış, koğuştaki davranış bölümünde(3.1) son bir hafta içerisindeki davranış, olumlu yönler (4.1) araştırılırken son altı aydaki etkinlikler

gözönüne alınmıştır. Hernekadar EK I'deki çizelgede sosyal rol performansı ile ilgili bölümün, hastanede iki haftadan fazla yatan hastalar için derecelendirilmeyeceği belirtilmişse de bu kural Dünya Sağlık Örgütü'nce değiştirildiğinden (WHO, 1978 a). bu araştırmada da sosyal rol performansı ile ilgili bölüm hastanede iki haftadan daha fazla yatan hastalar için de derecelendirilmiştir.

Uyum bozukluğunun yoğunluğu ve sürekliliğine dayanan derecelendirme genel olarak birinci ve ikinci bölümler için altı derece üzerinden aşağıdaki gibi yapılmıştır.

Bozukluk yok (0) : Hastanın (deneğin) uyumu sosyal normlara uyar.

Minimum bozukluk (1) : Normdan sapma(deviation)vardır. Sapma aile çerçevesinde tutulur. Aile üyelerinde kaygı veya yakınmaya neden olmaz. Aile sapma ile başedebilmek için yeni strateji geliştirmemiştir.

Açık bozukluk (2,3) : Sapma hastanın sosyal katılımlarını etkiler. Aile bu sapmanın üstesinden gelebilmek için stratejiler geliştirir. Durum ailece yük olarak hissedilir.

Ağır bozukluk (4) : Sapma ailenin çabaları ile kompanse olmaz, Yetiyitimi dolayısı ile hasta sosyal uyaranlardan uzaklaşmıştır.

Maksimum bozukluk (5) : Sosyal normların yıkımı kriz noktasına ulaşmış olup hasta için bir eylem ve/veya sosyal müdahele gereklidir.

Üçüncü bölümde derecelendirme davranış ve gözlemlere göre yapılmıştır. Koğuştaki davranış (3.1) açısından yüksek puan bozukluğu, hemşirelerin düşünceleri (3.2), hastanın uğraşıları(3.3) ve dış dünya (3.4) ile temasta düşük puan bozukluğu göstermektedir.

Dördüncü bölümde yüksek puan olumlu yönleri göstermek için kullanılmıştır.

Beşinci Bölüm (Genel Değerlendirme)ün derecelendirilmesi ile ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü her merkezin kendi değerlendirmesini yapmasını istediğinden, Ankara Araştırma Merkezi bu değerlendirmeyi aşağıdaki ölçütlere göre yapmaktadır(Öztürk Savaşır, Uçman, 1981 c) :

(0) Mükemmel Uyum : Üstün iş performansı, özgün üretkenlik, aile içinde ve başkaları ile doyum sağlayan ve sürekli ilgi vardır. Aile ve sosyal yaşama aktif katılma, ilgi alanlarının ve yetenekleri geniştir.

(1) Çok iyi Uyum : Ortanın üstünde iş performansı, aile içinde ve başka kişilerle doyum sağlayan duygusal bağlar, yerel ve evrensel olaylarla aktif olarak ilgilenme, aktiviteleri planlama ve başlatma vardır.

(2) İyi Uyum : Kendine bakma ve günlük rutinleri sürdürmede sorun yoktur. İş performansı başkaları ile duygusal ve kişisel bağları yeterlidir. Yerel ve evrensel olaylarla ilgilenir. Aktivite arar ve ilgilenir. Kişisel hobileri olabilir.

(3) Orta Derecede Uyum : Günlük temel aktiviteler için destek ve denetim gerekmez. İş rutinine uyar, çok yeterli değildir. Başkaları ile duygusal ve kişisel etkileşimi olmakla birlikte, yakın ilişkiden kaçınır. Bazı ilgileri olabilir ve başkaları tarafından düzenlenen aktivitelere katılır.

(4) Bozuk Uyum : Günlük temel gereksinmelerini karşılayabilmekle birlikte, arada desteklenmesi gerekir. İş uyumu bozuktur, uzun süreli raporlar alır. Başkaları ile sürekli olmayabilen bazı duygusal ve kişisel etkileşimleri vardır. İlgileri ve aktiviteleri kısıtlıdır.

(5) Çok Bozuk Uyum : Giyinme ve kendini temizleme gibi temel işleri yapabilir. Günlük aktiviteler ve başka işler için denetime gereksinmesi vardır. Kişisel ve duygusal ilişkileri çok kısıtlıdır, görevinde fonksiyone edemez.

(6) Ağır Uyumsuzluk : Kendine bakamaz. Günlük aktiviteleri ile ilgili olarak ailenin başka üyeleri veya hastane görevlileri tarafından denetlenmesi ve yardım edilmesi gerekli-dir. İşi, başkaları ile ilgisi yoktur. Hiçbir şeyle ilgilenmez, Sosyal normlara hiç uymamaktadır.

Madde hasta(denek) için uygulanamadığı zaman(9)verilmiştir.

Değerlendirme ve istatistiksel işlem : Değerlendirmede O puan olarak sayılmış 9 puan olarak sayılmamıştır. Genel davranışla ilgili olarak her deneğin, her madde için aldığı puan toplamı genel davranış puanı olarak ele alınmış, grup ve cinsiyete göre hesaplanan ortalama puanlar bu puanların toplamı üzerinden hesaplanmıştır. Sosyal rol performansı ile ilgili puan-

lar, denek sayısı daha önce de belirtildiği gibi her rol için değiştiğinden ayrı ayrı ele alınmış ve değerlendirilmiştir. Hastanedeki hasta bölümünün ikinci, üçüncü ve dördüncü kısımları birleştirilerek değerlendirilmiştir. Veriler kodlama kağıtlarına geçirildikten sonra döküm yapılmıştır. Davranış ve sosyal rol performansları için varyans analizi (Complete Randomised Factorial Design; Kirk, 1968) cinsler arası ortak etki için (interaction) t - testi (Fişek, Dirican, 1970; Yamane, 1973) yapılmıştır. Ortalamalar arası farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için denek sayısı eşit olan gruplarda Tukey-testi(Kirk, 1968) , denek sayısı eşit olmayan gruplar için t - testi(Fişek, Dirican, 1970; Yamane, 1973) yapılmıştır. Tablo ve şekiller her davranış ve rol için gruplar ve cinsler ayrılarak yapılmıştır.

Güvenirlik : Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi ile ilgili olarak psikiyatrik yetiyitiminin saptanması ve azaltılması konulu araştırmaya katılan ülkelerde Dünya Sağlık Örgütü'-ce yapılan güvenirlik çalışmaları sonuçlarına göre Mannheim'da. birinci bölüm için r = 0.76, ikinci bölüm için r = 0.82 , üçüncü bölüm için r= 0.99 , dördüncü bölüm için r = 0.93, beşinci bölüm için r = 0.89 olarak bulunmuştur (WHO, 1980). Zagreb'de birinci bölüm için r = 0.96, ikinci bölüm için r = 0.95, üçüncü bölüm için r= 1.00, dördüncü bölüm için r = 0.99, beşinci bölüm için r = 1.00 olarak bulunmuştur(WHO, 1980).

Türkçe görüşme çizelgesi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümünde bugüne dek yaklaşık yüzkırk kez uygulanmış olup, adı geçen bölümde çizelge ile ilgili güvenir-

lik çalışmaları her ay tekrarlanmaktadır (Öztürk, Savaşır, Uçman, 1981 c).

Bu araştırma için iki görüşmeci arasında on hastayı içeren bir güvenirlik çalışması yapılmış ve sonuçlar Pearson'un momentler çarpımı korelasyon katsayısı kurallarına göre değerlendirilmiştir (Spiegel, 1972). Bu güvenirlik çalışması sonuçlarına göre birinci bölüm için r = 0.88, ikinci bölüm için r = 0.87, üçnücü bölüm için r = 0.84, dördüncü bölüm için r = 0.84 , beşinci bölüm için r = 0.91 ve toplam puanlar için r = 0.91 olarak bulunmuş ve derecelendirmenin güvenirliği için yeterli olduğu gösterilmiştir.

B U L G U L A R

Denekler için toplanan veriler ve sonuçlar beş bölümden oluşan "Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi"ndeki sıraya uyularak ortalama puanlar ve cinsiyete göre sunulmaktadır. Aksi belirtilmediği takdirde yüksek puan deneğin davranış veya sosyal rolünde bozukluğu veya yetiyitimini gösterir. Sonuçlarda ve tablolarda B1 : akut skizofrenik, B2 : kronik skizofrenik, B3 : nörotik tanı grupları, B4 : kontrol grubu için kullanılan kısaltmalardır. Aksi belirtilmediği takdirde değerlendirmede ele alınan zaman aralığı geçmiş bir aydır, yani deneğin son bir aydaki uyumunu belirten puanlar verilmektedir.

1. Genel Davranış . Bu bölümde kendine bakım, aktivite azlığı, yavaşlık, toplumdan çekilme değerlendirilmiştir. Her bir maddeden alınan puanların toplamı genel davranış puanı olarak ele alınmış, istatistiksel analizde bu puan kullanılmıştır. Bu grupta denek sayısı her grup için eşittir. Genel davranışla ilgili sonuçlar cinsiyete ve gruplara göre Tablo 4'te verilmektedir.

TABLO 4

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE GENEL
DAVRANIŞ BOZUKLUĞU TABLOSU

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
Ort.Puan	5.00	7.50	3.55	0.20	4.00	10.00	2.00	0.70
Std.sapma	4.78	4.92	5.78	0.42	4.13	4.02	2.10	0.82
Denek sayısı(n)	10	10	10	10	10	10	10	10

B1 : akut skizofrenik, B2: kronik skizofrenik, B3: nörotik, B4:kontrol

Bu tablonun incelenmesinde Genel davranışta en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu, sonra sırasıyla akut skizofrenik, nörotik ve kontrol gruplarının geldiği dikkati çekmektedir.

Tablo 5'te genel davranışla ilgili varyans analizi sonuçları özetlenmiştir.

TABLO 5

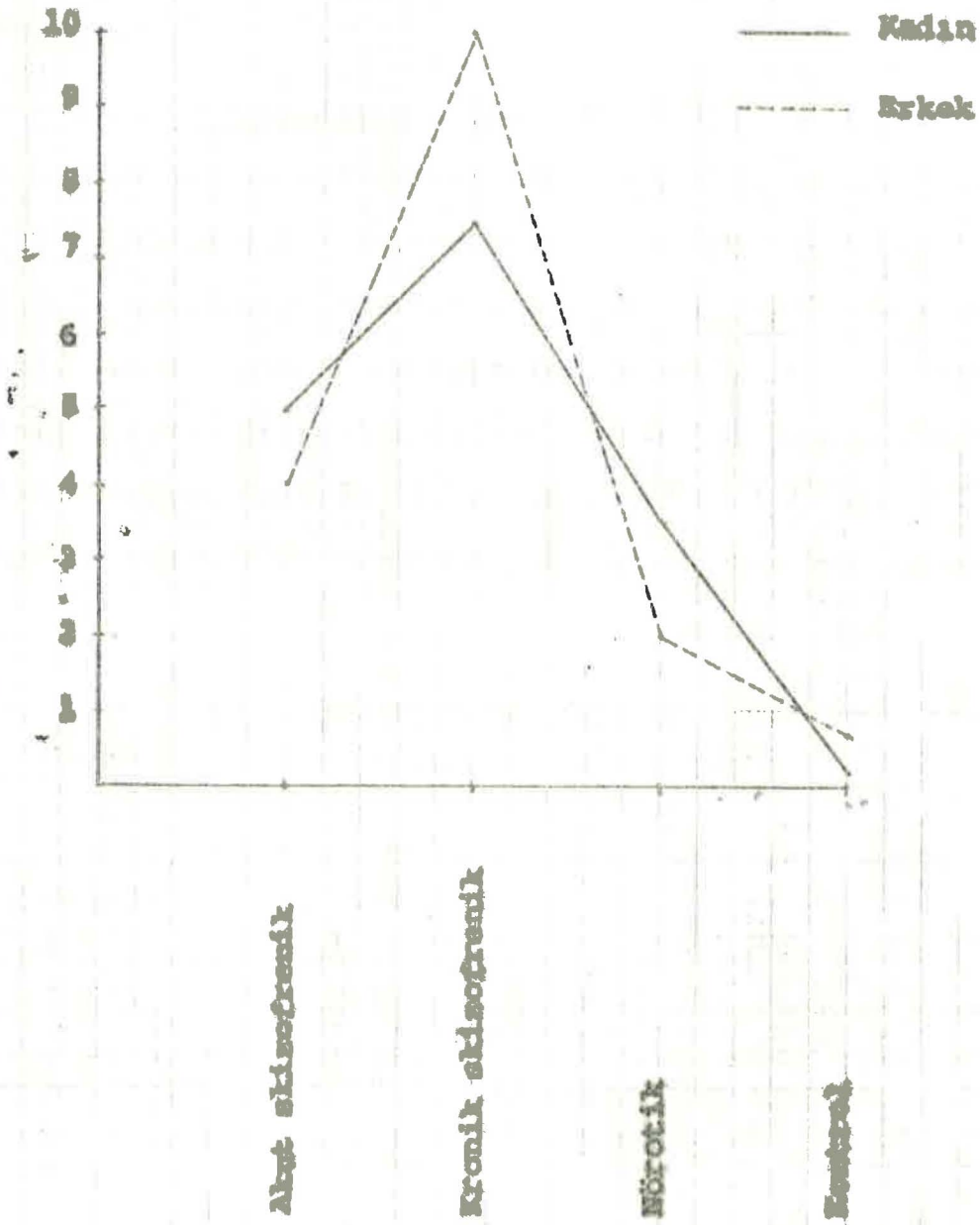
GENEL DAVRANIŞ BOZUKLUĞU
VARYANS ANALİZİ TABLOSU

Kaynak	Toplam kare	ser.der.	Ort.kare	F
1 A	0.31	1	0.31	0.02
2 B	413.54	3	137.84	9.51 **
3 AB	373.44	3	124.48	8.59 **
4 Hücre içi	1042.70	72	14.48	
Toplam	1829.99	79		** P <.01

Bu sonuçlara göre tanı grupları arasındaki fark önemli bulunmuştur; F (3 ve 72) = 9.51, $p < .01$. Grup ortalama puanları sırasıyla kronik skizofrenik grup için 8.75, akut skizofrenik grup için 4.50,/kontrol grubu için 0.45 tir. Bu ortalama puanlar nörotik grup için 2.75, arası farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için uygulanan Tukey testi sonuçlarına göre, akut skizofrenik ile kronik skizofrenik grupların ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (q = 4.40, s.d.= 72, $p < .05$). Akut skizofrenik ile nörotik grupların ortalama puanları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Akut skizofrenik ve kontrol gruplarının ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (q = 4.75, s.d.=72, $p < .01$). Kronik skizofrenik ve nörotik grupların ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (q = 7.05, s.d.= 72, $p < .01$). Kronik skizofrenik grupla kontrol grubu ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (q = 9.75, s..d.=72, $p < .01$)..Nörotik grupla kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Genel davranış bozukluğu açısından kadın erkek farklılığı önemli değildir; F (1 ve 72)=0.02. Ancak tanı grupları ile cinsiyet arasındaki ortak etki(interaction) anlamlı bulunmuştur ; F (3 ve 72) = 8.59, $p < .01$. Şekil 1'de kadın ve erkeklerin tanı gruplarına göre aldıkları puan ortamaları grafik halinde gösterilmiştir. Şekilde görüldüğü gibi kadın erkek farklılığı en bariz olarak kronik skizofreni grubunda görülmektedir. Ancak t - testi uygulandığında bu fark önemsiz bulunmuştur (t = 1.242, s.d. = 18).

ŞEKİL 1

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE GENEL DAVRANIŞ BOZUKLUĞU



2. Sosyal Rol Performansı. Bu bölümde hastanın değişik sosyal rollerle ilgili performansı değerlendirilmiştir. Çizelge on rol performansını içerir. Denekler iş, medeni durum, çocuklarının olup olmadığına göre farklılık gösterdiklerinden bu on rolle ilgili değerlendirmenin tüm denekler için yapılmasına olanak yoktur. Bu nedenle denek sayısındaki değişikliğe bağlı olarak her rol performansının dökümü ve değerlendirmesi ayrı ayrı yapılmıştır.

2.1. Ev İşlerine Katılma. Bu bölümde ailenin sosyal bir grup olarak devamı için üstlenilen fonksiyon ve görevler, hastanın aile ile ilgili konularda ilgisi, aileye desteği ve aile yaşantısına katılımına evdekilerin tepki ve duyguları değerlendirilmiştir. Alınan puanlar ev işlerine katılma puanı olarak ele alınmış , istatistiksel analizde bu puan kullanılmıştır. Bu grupta denek sayısı eşit değildir. Ev işlerine katılma ile ilgili sonuçlar cinsiyet ve gruplara göre Tablo 6'da verilmektedir.

TABLO 6

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE EV İŞLERİNE KATILMADA BOZUKLUK TABLOSU

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
Ort. puan	1.71	3.42	0.66	0	0	3.88	0.62	0.20
Std.sapma	2.05	1.13	1.65	0	0	1.05	0.51	0.42
Denek sayısı(n)	7	7	9	10	4	9	8	10

B1: akut skizofrenik, B2: kronik skizofrenik, B3: nörotik, B4:kontrol

Bu tablonun incelenmesinde ev işlerine katılma rolünde en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu, sonra sırasıyla akut skizofrenik, nörotik ve kontrol gruplarının geldiği dikkati çekmektedir. Tablo 7'de ev işlerine katılmada bozuklukla ilgili varyans analizi sonuçları özetlenmiştir.

TABLO 7

EV İŞLERİNE KATILMADA BOZUKLUK
VARYANS ANALİZİ TABLOSU

Kaynak	Toplam kare	ser.der.	Ort. kare	F
1 A	1.1085	1	1.1085	0.92
2 B	112.18	3	37.39	31.15 **
3 AB	10.71	3	3.57	2.97 *
4 Hücre içi	67.51	56	1.20	

* $p < .05$

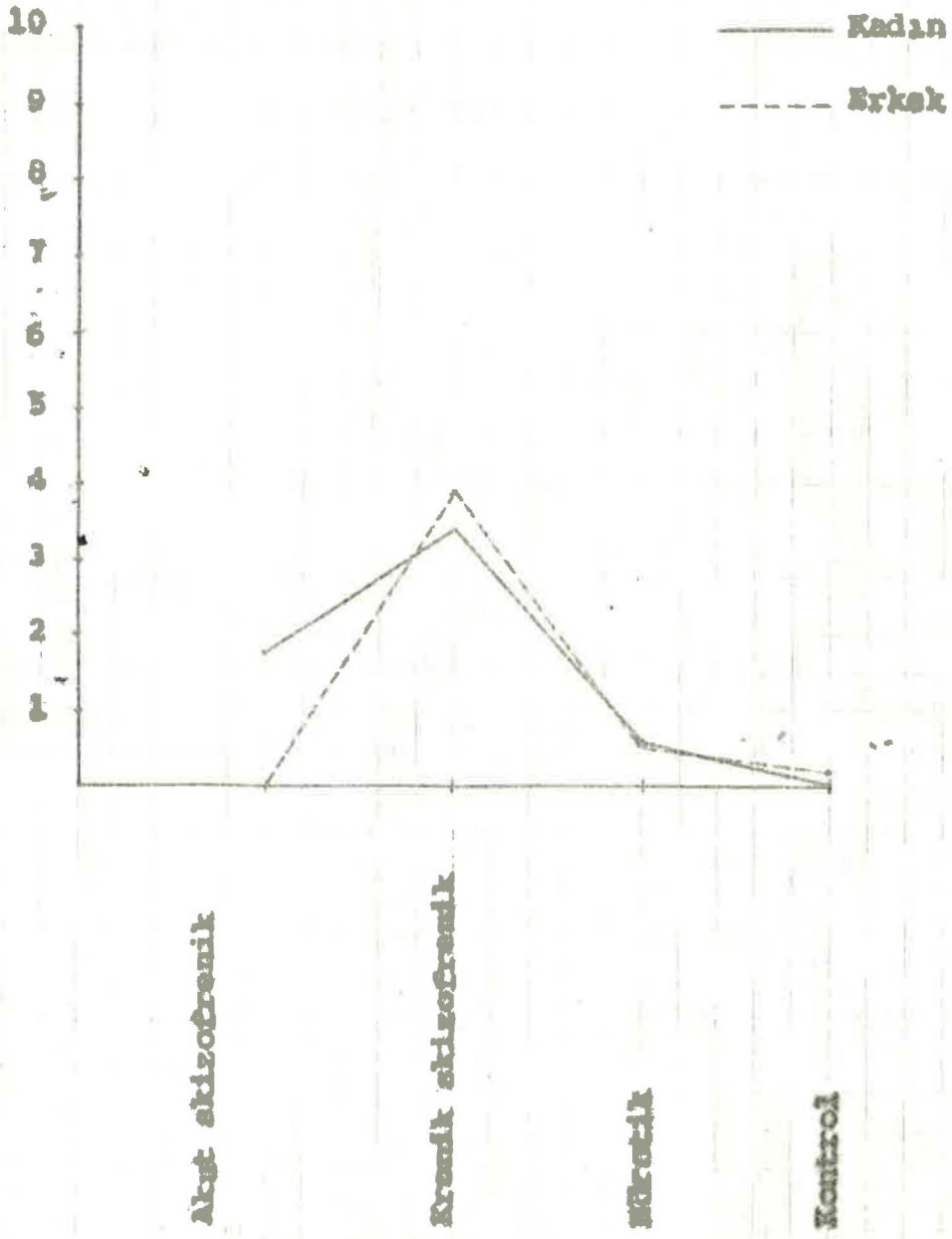
** $p < .01$

Bu sonuçlara göre tanı grupları arasındaki fark önemli bulunmuştur ; F (3 ve 56) = 31.15, $p < .01$. Grup ortalama puanları sırası ile kronik skizofrenik grup için 3.68, akut skizofrenik grup için 1.09, nörotik grup için 0.64,kontrol grubu için 0.10 dur. Bu ortalamalar arası farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için uygulanan t-testi sonuçlarına göre akut skizofrenik ile kronik skizofrenik grupların ortalama puanları arasındaki fark önemli bulunmuştur(t-4.70, s.d.=25, $p < .01$).

Akut skizofrenik grup ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur. (t = 0.78, s.d. = 26). Akut skizofrenik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemli bulunmuştur (t = 2.42, s.d. = 29, $p < .05$). Kronik skizofrenik grup ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark önemli bulunmuştur (t = 7.28, s. d. = 31, $p < .001$). Kronik skizofrenik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemli bulunmuştur (t=14.30, s.d. 34, $p < .001$). Nörotik grupla kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemli bulunmuştur(t=7.01,s.d.=35, $p < .001$). Ev işlerine katılmada bozukluk açısından kadın erkek farklılığı önemli değildir ; F (1 ve 56) = 0.92. Ancak tanı grupları ile cinsiyet arasındaki ortak etki (interaction) anlamlı bulunmuştur ; F (3 ve 56) = 2.97, $p < .05$. Şekil 2'de kadın ve erkeklerin tanı gruplarına göre aldıkları ortalama puan grafik halinde gösterilmiştir. Şekilde görüldüğü gibi kadın ve erkek farklılığı en bariz olarak akut skizofreni grubunda görülmektedir. Bu farkın önemi t-testi uygulanarak araştırılmış ancak önemsiz bulunmuştur (t = 0.83, s.d. = 9).

ŞEKİL 2

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE
EV İŞLERİNE KATILMADA BOZUKLUK



2.2 Evlilik Rolü (Affektif) . Bu bölümde evlilik bağı ile ilgili bilgiler değerlendirilmiştir. Hastanın eşiyle tartışıp, paylaştığı alanlar, duygusal iletişimi ve ilgisi, eşine karşı destek kaynağı olup olmadığı,eşinin evlilik rolü performansı ile ilgili duygu ve tepkileri araştırılmıştır. Çizelgedeki bu madde yalnızca evli olan veya karşı cinsten birisiyle yaşayan deneklere uygulanabilmiştir. Denek sayısı az olduğu için sonuçlar istatistiksel olarak incelenemiştir. Evli olan deneklerin evlilik rolünün affektif komponenti ile ilgili sonuçlar cinsiyet ve tanı gruplarına göre Tablo 8'de verilmektedir. Tablodaki sayılardan da görüleceği gibi bir karşılaştırma yapmak anlamsız görülmektedir.

TABLO 8

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE
EVLİLİK ROLÜNDE(AFFEKTİF)BOZUKLUK TABLOSU

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
Ort. puan	0	1.00	0.20	0	0	2.75	0.25	0
Std. sapma	0	0	0.44	0	0	1.50	0.70	0
Denek sayısı(n)	1	1	5	8	0	4	8	3

B1:akut skizofrenik , B2 : kronik skizofrenik , B3 :nörotik, B4 : kontrol

2.3 Evlilik Rolü (Cinsel). Bu bölümde hastanın eşine gösterdiği cinsel ilgi, cinsel ilişki konusundaki istekleri, cinsel ilişkiden zevk alması araştırılmıştır. Bir önceki madde de olduğu gibi evli deneklerin sayısının azlığı , bir grupta hiç denek olmaması, bazı gruplarda ise bir veya iki deneğin olması nedeni ile gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak incelenememiştir. Evli olan deneklerin evlilik rolünün cinsel komponenti ile ilgili sonuçlar cinsiyet ve tanı gruplarına göre Tablo 9'da verilmektedir. Tablodaki sayılardan da görüleceği gibi bir karşılaştırma yapmak anlamsız görülmektedir.

TABLO 9

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE
EVLİLİK ROLÜNDE (CİNSEL)BOZUKLUK TABLOSU

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
Ort. puan	0	0	1.00	0.125	0	3	0.375	0
Std. sapma	0	0	1.73	0.35	0	2	0.51	0
Denek sayısı(n)	1	1	5	8	0	4	8	3

B1 : akut skizofrenik, B2 : kronik skizofrenik,
B3 : nörotik, B4 : kontrol

2.4 Ana Babalık Rolü . Bu bölümde hastanın çocuk bakımı ile ilgili sorumluluğu ve performansı, çocukların yetiştirilmelerine olan ilgisi ve çocuklarına yaklaşımındaki yeteneği araştırılmıştır. Evli hasta sayısının az oluşuna bağlı olarak denek kaybı söz konusu olduğundan sonuçlar istatistiksel olarak incelenememiştir. Ana, baba olan deneklerin ana baba rolü ile ilgili sonuçları cinsiyet ve tanı gruplarına göre Tablo 10'da verilmektedir. Tablodaki sayılardan da görüleceği gibi bir karşılaştırma yapmak anlamsız görünmektedir.

TABLO 10

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE

ANA BABALIK ROLÜNDE BOZUKLUK TABLOSU

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
Ort. puan	1.00	3.00	0	0.125	0	1.66	0.375	0
Std.sapma	0	0	0	0.353	0	2.08	0.517	0
Denek sayısı(n)	2	1	7	8	0	3	8	4

B1 : akut skizofrenik, B2 : kronik skizofrenik,

B3 : nörotik, B4 : kontrol

2.5. Heteroseksüel Rol. Bu bölümde evli olmayan veya sürekli olarak karşı cinsten birisi ile yasa dışı yaşamayan denekler ile ilgili olarak : Heteroseksül aktivitelerin genişliği karşı cinsten olanlarla tanışmak için girişimleri ve yeteneği, gelecekteki bir evlilik ile ilgili düşünce ve planları araştırılmıştır. Cinsiyet ve gruplara göre heteroseksüel rol bozukluğu ile ilgili sonuçlar Tablo 11'de verilmektedir. Tablodaki sayılardan da görüleceği gibi denek sayısının azlığından dolayı istatistiksel bir karşılaştırma yapmak anlamsız görünmektedir.

TABLO 11

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE
HETEROSEKSÜEL ROLDE BOZUKLUK TABLOSU

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
Ort.puan	1.66	2.25	1	0	1.80	3.16	0.50	0.16
Std.sapma	1.15	0.70	2	0	2.04	1.83	0.70	0.40
Denek sayısı(n)	3	8	4	0	5	6	2	6

B1: akit skizofrenik, B2: kronik skizofrenik,
B3 : nörotik, B4 : kontrol

2.6. Kişiler arası sürtüşmeler. Bu bölümdeki sorular tüm denekler için sorulmuştur. Ev dışındaki kişiler arası sürtüşme ile ilgili olarak hastanın aile dışındaki kişilere cevap veriş biçimi, onlarla birlikte olduğunda tutumu ve hoşlanmadığı kişilere karşı tutumu araştırılmaktadır. Her denek için verilen

puan kişiler arası sürtüşme puanı olarak ele alınmış, istatistiksel analizde bu puan kullanılmıştır. Kişiler arası sürtüşme ile ilgili sonuçlar cinsiyet ve gruplara göre Tablo 12 de verilmektedir.

TABLO 12

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE

KİŞİLER ARASI SÜRTÜŞME TABLOSU

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
Ort.puan	1.00	1.00	0.78	0.10	0.83	1.66	0.20	0.20
Std. sapma	1.15	0.75	1.09	0.31	2.04	1.50	0.42	0.42
Denek sayısı(n)	4	8	9	10	6	6	10	10

B1 : akut skizofrenik, B2: kronik skizofrenik,
B3: nörotik, B4 : kontrol

Bu tablonun incelenmesinde kişiler arası sürtüşmede en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupda olduğu, sonra sırasıyla , akut skizofrenik, nörotik ve kontrol gruplarının geldiği dikkati çekmektedir. Tablo 13 de kişiler arası sürtüşme ile ilgili varyans analizi sonuçları özetlenmiştir.

TABLO 13

KİŞİLERARASI SÜRTÜŞME

VARYANS ANALİZİ TABLOSU

Kaynak	Toplam kare	Ser.der.	Ort.kare	F
1 A	0.028	1	0.028	0.028
2 B	11.16	3	3.72	3.8 *
3 AB	2.94	3	0.98	1.0014
4 Hücre içi	53.82	55	0.978	

* $p < .05$

Bu sonuçlara göre tanı grupları arasındaki fark önemli bulunmuştur; F (3 ve 55) = 3.8, $p < .05$.Grup ortalama puanları sırasıyla kronik skizofrenik grup için 1.28, akut skizofrenik grup için 0.90, nörotik grup için 0.47,kontrol grubu için 0.15 dir. Bu ortalamalar arası farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için uygulanan t-testi sonuçlarına göre, akut skizofrenik ile kronik skizofrenik grupların ortalama puanları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (t=0.53, s.d.=22). Akut skizofrenik ile nörotik grupların ortalama puanları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (t = 0.93, s.d.= 27). Akut skizofrenik ile kontrol gruplarının ortalama puanları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (t= 1.97, s.d.= 28). Kronik skizofrenik ile nörotik grupların ortalama puanları arasındaki fark önemli bulunmuştur (t = 2.14, s.d.= 31, $p < .05$). Kronik skizofrenik grup ile kont-

rol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemli bulunmuştur (t= 4.03, s.d.= 32, p $<$ .001). Nörotik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (t = 1.6, s.d. = 37). Kişiler arası sürtüşme açısından kadın, erkek farklılığı önemli değildir; F (1 ve 55) = 0.028. Tanı grupları ile cinsiyet arasındaki ortak etki (interaction) anlamsız bulunmuştur; F (3 ve 55) = 1.0014.

2.7 İş rolü (Performans). Bu bölüm hayatında hiç işe girmemiş kişiler, ev hanımları, fizik sakatlığı olanlar için geçerli değildir. Öğrenciler değerlendirilmektedir. Hastanın iş disiplinine uyumu, iş rolünü sürdürmede motivasyonu ve ailenin ekmek parasını kazanan kişi olarak güvenirliği araştırılmıştır. Her denek için verilen puan, iş rolü puanı (performans) olarak ele alınmış ve istatistiksel analizde bu puan kullanılmıştır. İş rolü (performans) ile ilgili sonuçlar cinsiyet ve tanı gruplarına göre Tablo 14 de verilmektedir.

TABLO 14

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE
İŞ ROLÜNDE (PERFORMANS) BOZUKLUK TABLOSU

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
Ort.puan	3.50	3.75	1.25	0	1.66	4.20	1.10	0
Std.sapma	0.70	2.50	2.50	0	1.86	1.78	1.85	0
Denek sayısı(n)	2	4	4	5	6	5	10	10

B1 : akut skizofrenik, B2 : kronik skizofrenik,
B3: nörotik, B4 : kontrol

Bu tablonun incelenmesinde, iş rolünde (performans) en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupda olduğu sonra sırasıyla, akut skizofrenik, ve nörotik grupların geldiği dikkati çekmektedir. Kontrol grubunda bu rolde bozukluk saptanmamıştır. Tablo 15 de iş rolü (performans) ile ilgili varyans analizi sonuçları özetlenmiştir.

TABLO 15

İŞ ROLÜNDE(PERFORMANS)BOZUKLUK
VARYANS ANALİZİ TABLOSU

Kaynak	Toplam kare	ser.der.	Ort.kare	F
1 A	1.356	1	1.356	0.52
2 B	80.456	3	26.81	10.28 *
3AB	6.82	3	2.273	0.872
4 Hücre İçi	99.04	38	2.6	

* $p < .01$

Bu sonuçlara göre tanı grupları arasındaki fark önemli bulunmuştur; $F(3 \text{ ve } 38) = 10.28$, $p < .01$. Grup ortalamaları sırasıyla, kronik skizofrenik grup için 4.00, akut skizofrenik grup için 2.12, nörotik grup için 1.14 ve kontrol grubu için sıfırdır. Bu ortalamalar arası farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için uygulanan t-testi sonuçlarına göre;akut skizofrenik grup ile kronik skizofrenik grubun ortalama puanları arasındaki fark önemsizdir ($t = 2.04$, s.d. = 15). Akut skizofrenik

grup ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark önemsizdir. Akut skizofrenik grup ile kontrol grubun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir. ($t = 4.71$, s.d. = 21, $p < .001$). Kronik skizofrenik grup ile nörotik grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir ($t = 3.19$, s.d.= 21, $p < .005$). Kronik skizofrenik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir ($t = 8$, s.d.= 22, $p < .001$). Nörotik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir ($t = 2.32$, s.d. = 27, $p < .05$). İş rolü (performans) bozukluğu açısından kadın, erkek farklılığı önemli değildir; F(1 ve 38) = 0.52. Tanı grupları ile cinsiyet arasında ortak etki yoktur; F (3 ve 38) = 0.872.

2.8 İş rolü (İlgi). Ev hanımları dışında tüm denekler için bu maddede hastanın bir iş edinme veya işe dönme konusunda plan ve statejileri, kendi iş ortamını bulabilmek için gösterdiği etkinlik ve yetenek araştırılmıştır. Her denek için verilen puan iş rolü(ilgi) puanı olarak ele alınmış ve istatistiksel analiz de bu puan kullanılmıştır. İş rolü (ilgi) ile ilgisi sonuçlar cinsiyet ve tanı gruplarına göre Tablo 16 da verilmektedir.

TABLO 16

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE

İŞ ROLÜNDE(İLGİ)BOZUKLUK TABLOSU

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
Ort.puan	1.25	1.87	1.25	0	0.71	3.33	0.70	0
Std.sapma	2.50	2.58	2.50	0	1.88	2.50	1.56	0
Denek sayısı(n)	4	8	4	10	7	9	10	10

B1: akut skizofrenik, B2: kronik skizofrenik,
B3: nörotik, B4: kontrol

Bu tablonun incelenmesinde iş rolünde (ilgi) en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu sonra sırasıyla akut skizofrenik ve nörotik grupların geldiği dikkati çekmektedir. Kontrol grubunda bu rolde bozukluk saptanmamıştır. Tablo 17 de iş rolü (ilgi) ile ilgili varyans analizi sonuçları özetlenmiştir.

TABLO 17
İŞ ROLÜNDE (İLGİ) BOZUKLUK
VARYANS ANALİZİ TABLOSU

Kaynak	Toplam kare	ser.der.	Ort.kare	F
1 A	0.067	1	0.067	0.02
2 B	47.33	3	15.77	4.78 **
3AB	9.168	3	3.056	0.927
4 Hücre İçi	177.91	54	3.29	

** $p < .01$

Bu sonuçlara göre tanı grupları arasındaki fark önemlidir; F (3 ve 54) = 4.78, $p < .01$. Grup ortalamaları sırasıyla kronik skizofrenik grup için 2.64, akut skizofrenik grup için 0.90, nörotik grup için 0.85 ve kontrol grubu için sıfırdır. Bu ortalamalar arası farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için yapılan t - testi sonuçlarına göre, akut skizofrenik grup ile kronik skizofrenik grubun ortalama puanları arasındaki fark önemsizdir (t = 1.91, s.d. = 26). Akut skizofrenik grup ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark önemsizdir (t = 0.06, s.d.

= 23). Akut skizofrenik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemsizdir (t = 2.04, s.d.= 29). Kronik skizofrenik grup ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir (t = 2,29, s.d.=29, $p < .05$). Kronik skizofrenik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir (t= 4.63, s.d.= 35, $p < .001$). Nörotik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir (t = 2.17, s.d. = 32, $p < .05$). İş rolü (ilgi) bozukluğu açısından kadın erkek farklılığı önemli değildir ; F (1 ve 54) = 0.02.Tanı grupları ile cinsiyet arasında ortak ilgi yoktur; F (3 ve 54)=0.927.

2.9 İlgiler ve bilgi edinme. Bütün denekler için çevrede olup biteni bilmek için sarf ettiği çaba bu konudaki uğraşısı ve eve getirdiği yeni bilgilerin miktarı, ve günlük yaşamın kurallarına uyum araştırılmaktadır. Yerel ve dünya olaylarına karşı gösterdiği ilgiler ve bilgi edinmek için gösterdiği çabaya göre verilen puan ilgiler ve bilgi edinme puanı olarak ele alınmış ve istatistiksel analizde bu puan kullanılmıştır.İlgiler ve bilgi edinme ile ilgili sonuçlar cinsiyet ve tanı gruplarına göre Tablo 18 de verilmektedir.

TABLO 18

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE
İLGİLER VE BİLGİ EDİNMEDE BOZUKLUK
TABLOSU

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
Ort.puan	1.71	2.30	0.20	0.10	0.62	2.60	0	0
Sd. sapma	1.70	1.63	0.42	0.31	1.18	1.71	0	0
Örnek sayısı(n)	7	10	10	10	8	10	10	10

B1: akut skizofrenik, B2: kronik skizofrenik,
B3: nörotik, B4 : kontrol

Bu tablonun incelenmesinde ilgiler ve bilgi edinmede en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu, sonra sırasıyla akut skizofrenik, nörotik ve kontrol gruplarının geldiği dikkati çekmektedir. Tablo 19 da ilgiler ve bilgi edinme ile ilgili varyans analizi sonuçları özetlenmiştir.

TABLO 19

İLGİLER VE BİLGİ EDİNMEDE BOZUKLUK
VARYANS ANALİZİ TABLOSU

Kaynak	Toplam kare	ser.der.	Ort.kare	F
1 A	1.330	1	1.330	0.943
2 B	71.095	3	23.698	19.78 **
3AB	1.404	3	0.468	0.39
4 Hücre İçi	80.31	67	1.198	

** $p < .01$

Bu sonuçlara göre tanı grupları arasındaki fark önemlidir $F(3 \text{ ve } 67) = 19.78$, $p < .01$. Grup ortalamaları sırasıyla kronik skizofrenik grup için 2.45, akut skizofrenik grup için 1.13, nörotik grup için 0.10 ve kontrol grubu için 0.05 dir. Bu ortalamalar arasındaki farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için yapılan t - testi sonuçlarına göre akut skizofrenik grup ile kronik skizofrenik grup ortalama puanları arasındaki fark önemlidir ($t = 2,45$, s.d. = 33, $p < .05$). Akut skizofrenik grup ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir ($t = 3.006$, s.d. = 33, $p < .01$). Akut skizofrenik

grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir (t = 3,27, s.d. = 33, p < .05). Kronik skizofrenik grup ile nörotik grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir (t= 6.34, s.d. = 38, p < .001). Kronik skizofrenik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir (t = 6.53, s.d. = 38, p < .001). Nörotik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemsizdir (t = 0.6, s.d. = 38). İlgiler ve bilgi edinmede bozukluk açısından kadın, erkek farklılığı önemli değildir ; F (1 ve 67)= 0.943. Tanı grupları ile cinsiyet arasında ortak ilgi yoktur; F (3 ve 67) = 0.39.

2.10 . Kriz durumlarına tepki . Bu bölümde acil veya kaza durumlarında izlenen yola bağlı olarak hastanın veya yakınlarının güvenliğine yönelik tehdit,bu tür durumlardaki davranışa bağlı olumsuz sosyal sonuçlar araştırılmıştır. Hastanın aile tarafından güven, sorumluluk ve uyumluluk açılarından değerlendirilişi göz önüne alınmıştır. Bu bölümde diğer bölümlerin aksine son 6 ay içindeki davranış değerlendirilmiştir. Her deneğin son 6 ay içerisinde vuku bulmuş ise kriz veya acil durumlardaki davranışı, kriz durumlarına tepki puanı olarak ele alınmış ve istatistiksel analiz de bu puan kullanılmıştır. Kriz durumlarına tepki ile ilgili sonuçlar cinsiyet ve tanı gruplarına göre Tablo 20 de verilmektedir.

TABLO 20

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE
KRİZ DURUMLARINA TEPKİDE BOZUKLUK TABLOSU

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
ort. puan	0	2.55	0.70	0	0	3.33	0.66	0.14
std. sapma	0	1.33	1.15	0	0	2.58	1.65	0.37
Denek sayısı(n)	2	9	10	7	3	6	9	7

B1: akut skizofrenik, B2: kronik skizofrenik, B3: nörotik, B4: kontrol

Bu tablonun incelenmesinde kriz durumlarına tepkide en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupda olduğu, sonra sırasıyla, nörotik, kontrol ve akut skizofrenik grupların geldiği dikkati çekmektedir. Tablo 21 de kriz durumlarına tepkide bozuklukla ilgili varyans analizi sonuçları özetlenmiştir.

TABLO 21
KRİZ DURUMLARINDA TEPKİDE BOZUKLUK
VARYANS ANALİZİ TABLOSU

Kaynak	Toplam Kare	ser.der.	Ort.kare	F
1 A	0.497	1	0.497	0.27
2 B	56.702	3	18.9	10.3 **
3 AB	1.098	3	0.966	0.526
4 Hücre İçi	82.52	45	1.83	

** $p < .01$

Bu sonuçlara göre tanı grupları arasındaki fark önemlidir; F (3 ve 45) = 10.3, $p < .01$. Grup ortalamaları sırasıyla

kronik grup için 2.86, nörotik grup için 0.68, kontrol grubu için 0.07 ve akut skizofrenik grup için sıfırdır. Bu ortalamalar arasındaki farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için yapılan t - testi sonuçlarına göre akut skizofrenik grup ile kronik skizofrenik grubun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir ($t = 3.34$, s.d.= 18, $p < .005$). Akut skizofrenik grup ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark önemsizdir ($t = 1.09$, s.d. = 22). Akut skizofrenik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemsizdir ($t = 0.59$, s.d. = 17). Kronik skizofrenik grup ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir ($t = 2.53$, s.d.= 32, $p < .02$). Kronik skizofrenik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemlidir ($t = 5.50$, s.d.=27, $p < .001$). Nörotik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark önemsizdir ($t = 1.64$, s.d.= 31). Kriz durumlarına tepkide bozukluk açısından kadın, erkek farklılığı önemli değildir; F (1 ve 45) = 0.27. Tanı grupları ile cinsiyet arasında ortak ilgi yoktur; F (3 ve 45) = 0.526.

3. Hastanedeki hasta.

3.1. Koğuştaki davranış . Hastanın son 1 haftadaki davranışları gözlem ve kayıtlara göre bu bölümde derecelendirilmiştir. Yüksek puan bozukluğu göstermektedir. Hastanın koğuştaki davranışını gösteren puanların toplamı, koğuştaki davranış puanı olarak ele alınmış ve istatistiksel analiz için bu puan kul-

lanılmıştır. Koğuştaki davranış ile ilgili sonuçlar cinsiyet ve tanı gruplarına göre Tablo 22 de verilmektedir. Denek sayısı her grupta eşittir.

TABLO 22
CİNSİYET VE TANI GRUPLARINA GÖRE
KOĞUŞTAKİ DAVRANIŞ BOZUKLUĞU TABLOSU

Cinsiyet	Kadın			Erkek		
Gruplar	B1	B2	B3	B1	B2	B3
Ort.puan	4.30	4.30	1.40	4.00	4.50	1.10
Std.sapma	3.83	3.77	2.87	3.77	2.91	1.59
Denek sayısı(n)	10	10	10	10	10	10

B1 : akut skizofrenik, B2 : kronik skizofrenik,
B3 : nörotik

Bu tablonun incelenmesinde koğuştaki davranışta en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu bunu sırasıyla akut skizofrenik ve nörotik grupların izlediği dikkati çekmektedir. Tablo 23 de koğuşdaki davranışda bozuklukla ilgili varyans analizi sonuçları özetlenmiştir.

TABLO 23
KOĞUŞTAKİ DAVRANIŞ BOZUKLUĞU
VARYANS ANALİZİ TABLOSU

Kaynak	Toplam kare	ser.der.	Ort.kare	F
1 A	0.24	1	0.24	0.02
2 B	122.64	2	61.32	5.89 *
3AB	0.86	2	0.43	0.04
4 Hücre içi	562	54	10.4	
Toplam	685.74	59		

* $p < .01$

Bu sonuçlara göre tanı grupları arasındaki fark önemlidir; F (2 ve 54) = 5.89, p < .01). Grup ortalamaları sırasıyla kronik skizofrenik grup için 4.40 , akut skizofrenik grup için 4.15 ve nörotik grup için .1.25 dir. Bu ortalamalar arasındaki farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için uygulanan Tukey-testi sonuçlarına göre akut skizofrenik grup ile kronik skizofrenik grubun ortalama puanları arasındaki fark anlamsızdır. Akut skizofrenik ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (q = 4.02, s.d.= 54, p <.05). Kronik skizofrenik ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (q = 4.2, s.d. = 54, p < .05). Koğuşdaki davranış bozukluğu açısından kadın, erkek farklılığı önemli değildir; F (1 ve 54) = 0.02. Tanı grupları ile cinsiyet arasındaki ortak etki anlamsız bulunmuştur ; F(2 ve 54)= 0.04.

3.2,3,4 Bu bölümde hastanın servis içindeki olumlu yönleri, uğraşi ve ilgileri ve dış dünya ile teması birlikte değerlendirilmektedir. Düşük puan bozukluk veya eksikliği göstermektedir. Hemşirelerin düşünceleri başlığı altında hastanın yapabileceği işler, kibrit ve makas taşıması, izin durumu, taburcu olabilme durumu araştırılmaktadır. Hastanín uğraşıları başlığı altında hastanın çalışması, uğraşıları araştırılmaktadır. Hemşirelerin düşünceleri ve hastaların uğraşıları ve dış dünya ile temas için hastanın aldığı puanlar toplanarak, hemşirelerin düşünceleri,hastanın uğraşıları ve dış dünya ile temas başlığı altında birleştirilmiş ve istatistik/analizde bu puan kullanılmıştır. Tablo 24 de cinsiyet ve tanı gruplarına göre hemşirelerin düşünceleri ve hastanın uğraşıları ile ilgili sonuçlar verilmektedir. Denek sayısı her grupta eşittir.

TABLO 24

CİNSİYET VE TANI GRUPLARINA GÖRE
HEMŞİRELERİN DÜŞÜNCELERİ, HASTANIN UĞRAŞILARI
VE DIŞ DÜNYA İLE TEMASI

Cinsiyet	Kadın			Erkek		
Gruplar	B1	B2	B3	B1	B2	B3
Ort. Puan	12.00	6.30	10.30	14.00	8.10	10.80
Std.sapma	5.84	2.16	3.74	5.67	3.41	2.65
Denek sayısı(n)	10	10	10	10	10	10

B1:akut skizofrenik, B2:kronik skizofrenik, B3:nörotik

Bu tablonun incelenmesinde en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupda olduğu bunu nörotik ve akut skizofrenik grubun izlediği dikkati çekmektedir. Tablo 25 de bozuklukla ilgili varyans analizi sonuçları özetlenmiştir.

TABLO 25

HEMŞİRELERİN DÜŞÜNCELERİ, HASTANIN UĞRAŞILARI VE
DIŞ DÜNYA İLE TEMASI VARYANS ANALİZİ TABLOSU

Kaynak	Toplam kare	ser.der.	Ort.kare	F
1 A	30.78	1	30.78	1.779
2 B	339.1	2	169.55	9.8 *
3AB	6.67	2	3.335	0.192
4 Hücre İçi	934.7	54	17.3	
Toplam	1311.25	59		

* $p < .01$.

Bu sonuçlara göre tanı grupları arasındaki fark önemlidir; F(2 ve 54) = 9.80, p < .01. Grup ortalama puanları sırasıyla kronik skizofrenik grup için 7.20, nörotik grup için 10.55, akut skizofrenik için 13 tür. Bu ortalamalar arasındaki farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için yapılan Tukey-testi sonuçlarına göre akut skizofrenik grup ile kronik skizofrenik grubun ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır(q=6.23, s.d.=54, p <.01). Akut skizofrenik grup ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark anlamsızdır. Kronik skizofrenik grup ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark anlamsızdır. Bu bölümde kadın, erkek farklılığı önemsizdir; F(1 ve 54) = 1.779. Tanı grupları ile cinsiyet arasındaki ortak etki anlamsız bulunmuştur ; F (2 ve 54)= 0.192.

4. Ruhsal durumu ve sosyal uyumu değiştiren etkenler (Modifying factors) . Bu bölümde olumlu veya olumsuz etki yaparak psikolojik bozukluk ve sosyal yetiyitimine neden olan kişisel nitelikler ve çevre özellikleri araştırılmıştır. Kişinin kendinde veya çevresinde var olan olumlu veya olumsuz yönler birlikte değerlendirilmiştir. Bu bölüm tüm denekler için doldurulmuştur. Düşük puan olumsuzluğu gösterir. 8 maddeden alınan puanlar toplamı değiştiren etkenler puan olarak kabul edilmiş ve istatistiksel analizde bu puanlar kullanılmıştır. Tablo 26 da değiştiren etkenlerle ilgili sonuçlar cinsiyet ve tanı gruplarına göre verilmektedir. Denek sayısı her grupta eşittir.

TABLO 26

CİNSİYET VE GRUPLARA GÖRE RUHSAL DURUM VE SOSYAL UYUMU DEĞİŞTİREN ETKENLER

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
Ort. puan	3.30	3.10	2.90	4.50	3.50	2.60	3.20	4.90
Std.sapma	1.15	1.59	1.37	2.06	0.97	0.84	1.47	1.85
Denek sayısı(n)	10	10	10	10	10	10	10	10

B1: akut skizofrenik, B2: kronik skizofrenik, B3:nörotik, B4 : kontrol

Bu tablonun incelenmesinde değiştiren etkenlerle ilgili en yüksek puanın kontrol grubunda olduğu, bunu akut skizofrenik, nörotik ve kronik skizofrenik grupların izlediği görülmektedir. Tablo 27 de değiştiren etkenlerle ilgili varyans analizi sonuçları özetlenmiştir.

TABLO 27

RUHSAL DURUMU VE SOSYAL UYUMU DEĞİŞTİREN ETKENLER VARYANS ANALİZİ TABLOSU

Kaynak	Toplam Kare	ser.der.	Ort.kare	F
1 A	0.2	1	0.2	0.095
2 B	41.6	3	13.86	6.416 **
3AB	2.54	3	0.84	0.388
4 Hücre İçi	155.8	72	2.16	
Toplam	200	79		

** $p < .01$.

Bu sonuçlara göre tanı grupları arasındaki fark önemlidir, F (3 ve 72) = 6.416, p < .01. Grup ortalama puanları sırasıyla, kontrol grubu için 4.70, akut skizofrenik grup için 3.40 , nörotik grup için 3.05, kronik skizofrenik grup için 2.85 dir. Bu ortalamalar arasındaki farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için yapılan Tukey-testi sonuçlarına göre akut skizofrenik grup ile kronik skizofrenik grup ortalama puanları arasındaki fark anlamsızdır. Akut skizofrenik grup ile nörotik grup ortalama puanları arasındaki fark anlamsızdır. Akut skizofrenik grup ile kontrol grubu ortalama puanları arasındaki fark anlamlıdır (q = 3.95, s.d.= 72, p < .05). Kronik skizofrenik grup ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Kronik skizofrenik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (q = 5.62, s.d. = 72, p < .01). Nörotik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark anlamlıdır. (q = 5.02, s.d. = 72, p < .01). Değiştiren etkenler açısından kadın, erkek farklılığı önemsizdir; F (1 ve 72) = 0.095. Tanı grupları ile cinsiyet arasındaki ortak etki anlamsız bulunmuştur; F(3 ve 72) = 0. 388.

5. Genel değerlendirme . Bu çizelgede kayıt edilen ve değerlendirilen tüm bilgiler göz önüne alındığında hastanın sosyal uyumu hakkındaki genel değerlendirme 6 dereceli bir ölçekte görüşmeci veya değerlendirici tarafından bu bölümde yapılmıştır. Tüm tanı gruplarındaki denek sayısı eşittir. Tablo 28 de genel değerlendirme ile ilgili sonuçlar cinsiyet ve tanı gruplarına göre verilmektedir.

TABLO 28

CİNSİYET VE TANI GRUPLARINA GÖRE GENEL DEĞERLENDİRME

Cinsiyet	Kadın				Erkek			
Gruplar	B1	B2	B3	B4	B1	B2	B3	B4
ort.puan	3.20	4.30	3.30	1.90	3.50	5.10	3.30	1.60
Std.sayma	0.63,	0.82	0.82	0.73	0.52	0.99	0.67	0.84
Denek sayısı(n)	10	10	10	10	10	10	10	10

B1 : akut skizofrenik, B2: kronik skizofrenik, B3: nörotik, B4: kontrol

Bu tablonun incelenmesinde uyum bozukluğu ile ilgili en yüksek puanın kronik skizofrenik grupda olduğu bunu akut skizofrenik, nörotik ve kontrol gruplarının izlediği görülmektedir.

Tablo 29 da genel değerlendirme ile ilgili varyans analizi sonuçları özetlenmiştir.

TABLO 29

GENEL DEĞERLENDİRME

VARYANS ANALİZİ TABLOSU

Kaynak	Toplam kare	ser.der.	Ort.kare	F
1 A	0.79	1	0.79	1.33
2 B	87.21	3	29.07	49.27 **
3AB	3.35	3	1.11	1.88
4 Hücre İçi	42.6	72	0.59	
Toplam	133.95	79		

** $p < .01$

Bu sonuçlara göre tanı grupları arasındaki fark önemlidir; F (3 ve 72) = 49.27, p < .01. Grup ortalama puanları sırasıyla kronik skizofrenik grup için 4.70, akut skizofrenik grup için 3.35, nörotik grup için 3.30, kontrol grubu için 1.75 dir. Bu ortalamalar arasındaki farkın nereden kaynaklandığını araştırmak için yapılan Tukey-testi sonuçlarına göre akut skizofrenik grup ile kronik skizofrenik grup ortalama puanları arasındaki fark anlamlıdır (q = 7.86, s.d. = 72, p < .01). Akut skizofrenik grup ile nörotik grubun ortalama puanları arasındaki fark anlamsızdır. Akut skizofrenik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark anlamlıdır (q = 9.31, s.d. =72, p < .01). Kronik skizofrenik grup ile nörotik grup ortalama puanları arasındaki fark anlamlıdır (q = 8.15, s.d. = 72, p < 01). Kronik skizofrenik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark anlamlıdır (q = 17.17, s.d. =72, p < .01). Nörotik grup ile kontrol grubunun ortalama puanları arasındaki fark anlamlıdır (q= 9.02, s.d. = 72, p < .01). Genel değerlendirme, dolayısıyla sosyal uyum açısından kadın, erkek farklılığı önemsizdir ; F (1 ve 72) = 1.33. Tanı grupları ile cinsiyet arasındaki ortak etki anlamsız bulunmuştur ; F (3 ve 72) = 1.88.

Tablo 30'da çizelgenin bölümlerinde tek tek ele alınan ve istatistiksel hesaplarda kullanılan davranış ve sosyal rol performansı ortalama puanları gruplara göre toplu olarak gösterilştir.

TABLO 30

GRUPLARA GÖRE DAVRANIŞ VE SOSYAL ROL PERFORMANSI ORTALAMA PUAN TABLOSU

Bölüm	Grup	Denek sayısı	Ort.puan	Std.sapma
1	B1	20	4.50	3.45
1	B2	20	8.75	4.47
1	B3	20	2.75	3.97
1	B4	20	0.45	2.47
2.1	B1	11	1.09	1.85
2.1	B2	16	3.68	1.07
2.1	B3	17	0.64	1.22
2.1	B4	20	0.10	0.30
2.6	B1	10	0.90	1.66
2.6	B2	14	1.20	1.13
2.6	B3	19	0.47	0.84
2.6	B4	20	0.15	0.36
2.7	B1	8	2.12	1.80
2.7	B2	9	4.00	2.00
2.7	B3	14	1.14	1.95
2.7	B4	15	0	0
2.8	B1	11	0.90	2.02
2.8	B2	17	2.64	2.57
2.8	B3	14	0.85	1.79
2.8	B4	20	0	0
2.9	B1	15	1.13	1.50
2.9	B2	20	2.45	1.63
2.9	B3	20	0.10	0.30
2.9	B4	20	0.05	0.22
2.10	B1	5	0	0
2.10	B2	15	2.86	1.88
2.10	B3	19	0.68	1.37
2.10	B4	14	0.07	0.26
3.1	B1	20	4.15	3.79
3.1	B2	20	4.40	3.30
3.1	B3	20	1.25	2.23
3.2	B1	20	13.00	5.70
3.2	B2	20	7.20	2.78
3.2	B3	20	10.55	3.19
4	B1	20	3.40	1.06
4	B2	20	2.85	1.21
4	B3	20	3.05	1.42
4	B4	20	4.70	1.95
5	B1	20	3.35	0.60
5	B2	20	4.70	0.90
5	B3	20	3.30	0.74
5	B4	20	1.75	0.80

T A R T I Ş M A

Ruhsal rahatsızlığa bağlı olarak davranış ve sosyal rol-
lerde ortaya çıkan uyum bozukluğu ve yetiyitiminin tartışılması
önceki bölümlerde olduğu gibi çizelgedeki sıraya göre yapılacak-
tır.

Genel Davranış. Bu bölümde ölçülen genel davranış açısın-
dan en fazla bozukluğun (dysfunction) kronik skizofrenik grup-
ta olduğu görülmüştür. Tanı grupları arasındaki fark istatistik-
sel olarak da anlamlıdır; ayrıca kronik skizofrenik grup ile
diğer gruplar arasındaki fark da anlamlıdır. Genel davranış bo-
zukluğu açısından kadın erkek farkı yoktur. Kişinin kendine ba-
kımı, aktivite azlığı, yavaşlık, toplumdan çekilme ve ilgi bozuk-
luğunun en fazla kronik skizofrenik grupta olması şaşırtıcı
değildir. Bulguların içe kaparma, ilişkilerin kısıtlanması gibi
skizofrenik özelliklere ve uygulanan tedavilere bağlı olabile-
ceği düşünülmektedir.

Weissman ve arkadaşlarının (1978) yaptıkları bir araştır-
mada genel davranışta uyumsuzluğun en fazla akut depressiflerde
sonra alkolik ve skizofreniklerde olduğu görülmüştür. Paykel
ve arkadaşları (1971; 1978) yaptıkları çalışmalarda depressif
hastalarda kontrol grubuna göre genel davranışta daha fazla bo-
zukluk olduğunu saptamışlardır. Bu araştırmada nörotik grup

içinde yalnız depressif hastaların bulunmadığını, obssesif/kompulsif, fobik ve histerik hastaların da bulunduğunu belirtmek isteriz.

Bu bölümle ilgili soruların sorulması sırasında önemli bir güçlükle karşılaşılmamıştır. Sorular hasta(denek) ve yakınları tarafından anlaşılır niteliktedir. Erkeklerin yataklarını yapmama, odalarını toplamama gibi özelliklerinin kültüre bağlı olabileceği düşünülmüş ve bozukluk olarak derecelendirilmemiştir.

Ev işlerine katılma. Bubölümde ölçülen ev işlerine katılma açısından en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu görülmüştür. Tanı grupları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur.

Bu farklılık kronik skizofrenik grup ile öteki gruplar, nörotik grup ile kontrol grubu arasından kaynaklanmaktadır.

Özellikle kadın hastalarda ev işlerine katılma davranışında bozukluğun erkeklere kıyasla farklılık göstermeyişi, hastalığa karşın kadınların bu rollerini sürdürmede çabaları , kadının toplumumuzdaki yeri ve beklentilerle ilişkili olabilir.

Weissman ve arkadaşları (1978); bu rolde depressif hastalarda alkolik ve skizofreniklerden fazla bozukluk saptamışlardır. Paykel ve arkadaşları (1971 ; 1978) depressif hastalarda kontrol grubuna göre daha fazla bozukluk olduğunu bildirmektedirler.

Bu bölümle ilgili soruların sorulması sırasında önemli bir güçlükle karşılaşılmamıştır. Toplumumuzun bazı kesimlerinde

görülen kadın ve erkeğin ayrı ayrı ziyaretler yapması durumu bozukluk olarak derecelendirilmemiştir.

Evlilik rolü (affektif ve cinsel). Bu bölümde ölçülen evlilik rolündeki bozukluk, araştırmamızda evli olan denek sayısının azlığına bağlı olarak, istatistiksel yönden değerlendirilememiştir.

Bu bölümün uygulanması sırasında özellikle kadınlara evliliğin cinsel yönü ile ilgili sorular sorulduğunda, genellikle yanıtların yetersiz ve eksik olduğu dikkati çekmiştir.

Ana-babalık rolü . Bu bölümde ölçülen ana-babalık rolünde bozukluk açısından evli hasta sayısının az oluşundan dolayı istatistiksel olarak inceleme ve yorum yapılamamıştır.

Bu bölümle ilgili soruların sorulması sırasında önemli bir güçlükle karşılaşılmamıştır.

Heteroseksüel rol . Bu bölümde ölçülen heteroseksüel rolde bozukluk denek sayısının azlığına bağlı olarak istatistiksel yönden incelenememiştir.

Bu bölümün uygulanması sırasında kadın deneklerin yetersiz yanıtlar verdikleri, görüşmede çekingen davrandıkları, hasta (denek) yakınlarının ise bu konuda fazla bilgi sahibi olmadıkları dikkati çekmiştir.

Kişiler arası sürtüşmeler. Bu bölümde ölçülen sürtüşme (friction) açısından en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu görülmüştür. Tanı grupları arasındaki fark kronik skizofrenik ile nörotik, kronik skizofrenik ile kontrol grubu arasından kaynaklanmıştır.

Akut ve kronik skizofrenik hastalarda sosyal ilişkilerde sürtüşmenin, nörotik ve kontrol gruplarından daha fazla olduğunda bozulan başka rollerin dolaylı olarak etkili olacağı düşünülmektedir. Bunun yanısıra skizofrenik bozukluklarda sık görülebilen kızgınlık öfke ve sinirlilik gibi davranışlar sürtünmeyi başlatıp arttırabilir.

Weissman ve arkadaşları (1974) : Depressif hastalarda kontrol grubuna kıyasla daha fazla sürtüşme olduğunu saptamışlardır.

Bu bölümle ilgili soruların sorulması sırasında önemli bir güçlükle karşılaşılmamıştır.

İş rolü (performans). Bu bölümde ölçülen iş rolü açısından en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu görülmüştür. Tanı grupları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur.

Bu farklılık, akut skizofrenik ile kontrol grupları, kronik skizofrenik ile nörotik grup, nörotik grup ile kontrol grubunun arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

Kronik skizofrenik gruptaki hastaların iş rolü (performans) bozukluğunun hastanın ilgisizliği, yavaşlığı, sosyal çekilmesi ve bu hastalarda sık görülen rapor almalarla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Kronik hastalardaki bozukluğun akıl hastanelerine yatışla arttığı genel olarak kabul edilmektedir.

Cole ve arkadaşları (1968) ; skizofrenik hastaların ve psikonörotiklerin iş rolü performanslarında kontrol gruplarına kıyasla bozukluk olduğunu saptamışlardır.

Bizim araştırmamızda da nörotik grup ile kontrol grubunun ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

İş rolü (ilgi). Bu bölümde ölçülen iş rolü (ilgi) açısından en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu görülmüştür. Tanı grupları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur. Bu farklılık kronik skizofrenik ile nörotik grup, kronik skizofrenik ile kontrol grubu, nörotik grup ile kontrol grubu arasından kaynaklanmaktadır. İş rolünde bozukluk açısından akut skizofrenik grup ile nörotik grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Başka alanlarda belirgin fark olmakla birlikte iş alanında böyle bir farkın olmayışının açıklanması gerekir. Acaba bu fark bir ölçüm hatası mıdır? Birçok değişkenler açısından farklılıklar görüldüğüne göre bir ölçüm hatası olasılığı yani çizelgenin yetersizliği pek desteklenememektedir. İkinci bir olasılık hastalıkların kendi natürü ile ilgili olabilir. Akut skizofreni ile nevroz arasında sosyal uyum açısından son derece önemli farklılıklar olduğunu biliyoruz. İş uyumunda (ilgi) benzer bir oran çıkması ilginçtir. Akut skizofreninin iş uyumunda bozukluk beklenir. Buna karşın nörotikte istatistiksel olarak yakın düzeyde iş rolü bozukluğu çıkmaktadır. Kanımıza göre burada gerçek iş rolü bozukluğu konusunda uzun süreli izleme ile bir sonuç alınabilir. Araştırmamız belli bir zaman dilimini ele aldığına göre ve her iki grupta da istatistiksel anlamda farksız iş uyumu bozukluğu olduğuna göre nevrozlarda da gelip geçici bile olsa iş rolünde (work performance) önemli bir bozukluk yaratacak bir rahatsızlığın söz konusu olduğunu düşünmemiz gerekir.

Nevroz psikopatolojisini ele alırsak iş performansını etkileyen en önemli belirtiler anksiyete ve buna karşı savunma mekanizmaları şeklinde ortaya çıkan anormal davranışlardır(örneğin; serbest anksiyete, obsesyon, konversiyon gibi).Tüm bu belirtiler bireyin iş gücünü önemli ölçüde azaltır. Nevrozlarda şekonder kazanç etkenlerinin de iş görme gücünü etkileyebileceği olasılığını gözönüne almak gerekir.

İş rolündeki bozukluğun işyerinde hastaya verilen yer ve değerle ilişkisi olabileceği de düşünülmektedir.

Weissman ve arkadaşları (1978); iş rolünde en fazla bozukluğun akut depressif, sonra sırasıyla alkolik ve skizofreniklerde olduğunu saptamışlardır.

Bu bölümle ilgili soruların sorulması sırasında önemli bir güçlükle karşılaşılmamıştır.

İlgiler ve bilgi edinme. Bu bölümde ölçülen ilgiler ve bilgi edinme rolünde en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu görülmüştür. Tanı grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Nörotik grupla kontrol grubu arasında fark yoktur. Diğer gruplardan kaynaklanan bu farklılık tanı grupları arasında farklılığa yol açmaktadır.

Skizofrenik hastalarda saptanan bozukluğun diğer gruplardan fazla oluşunun içe kapanma (otizm) ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Skizofrenik hastalarda ilgi ve stimulusları kaydetme ve bunlardan yararlanma ileri derecede bozulmaktadır. Nörotik ve kontrol grupları arasında fark olmayışı beklenilen bir sonuçtur.

Bu bölümle ilgili soruların sorulması sırasında önemli bir güçlükle karşılaşılmamıştır.

Kriz durumlarına tepki. Bu bölümde ölçülen kriz durumlarına tepkide en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu, bunu nörotik, kontrol ve akut skizofrenik grupların izlediği dikkati çekmektedir. Tanı grupları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur. Bu fark akut skizofrenik grup ile kronik skizofrenik grup, kronik skizofrenik grup ile kontrol grubu arasından kaynaklanmaktadır.

Kronik skizofrenik hastalarda görülen bu bozukluğun ailenin hastaya verdiği önem, ona güvenmesi, sorumluluk vermesi ve aile yaşantısına katılmasındaki azalma ve ilgisizliği ile ilişkisi olabilir.

Nörotik grupla kontrol grubu arasında fark olmayışı beklenilen bir sonuçtur.

Bu bölümle ilgili soruların sorulması sırasında kapsanan zaman aralığı çok geniş olduğundan olayların ve tepkilerin hatırlanmasında önemli güçlüklerle karşılaşılmıştır.

Hastanedeki hasta . Koğuştaki davranış açısından en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu görülmektedir. Bunu akut skizofrenik ve nörotik grupların izlediği saptanmıştır. Tanı grupları arasındaki fark önemlidir. Bu fark, akut skizofrenik ile nörotik grup, kronik skizofrenik ile nörotik grup arasından kaynaklanmaktadır.

Akut skizofrenik hastalar nörotik hastalar kadar uyum bozukluğu gösterirken kronik skizofrenik hastalarda bozukluk

daha ağırdır. Bu paradoks bulgu kanımıza göre şöyle açıklanabilir. Kronik skizofrenik birçok kez nöbet geçirdiği ve hastaneye yattığı için birçok alanlarda ağır yetiyitimine uğramıştır. Akut skizofrenik öncelikle çağdaş yöntemlerin yardımıyla kısa zamanda hastane içinde nörotiğe yakın bir uyum düzeyi gösterebilir. Bu bakımdan ilginç bir nokta da artık skizofrenikleri iyileşebilen ve iyileşemeyenler diye ayrılması ile ilgili olabilir. İyileşemeyenleri kronik grupta değerlendirdiğimize göre bu hastaların hastane içi veya dışında ağır uyum bozukluğu belirtileri göstermeleri beklenir. Skizofrenik hastalardaki davranış bozukluğu Wing ve Brown (1970)'ın bulguları ile parelellik göstermektedir.

Bu bölümle ilgili soruların sorulması sırasında önemli bir güçlükle karşılaşılmamıştır.

'Hemşirelerin düşünceleri, hastanın uğraşıları ve dış dünya ile teması. Bu bölümde en fazla bozukluğun kronik skizofrenik grupta olduğu, bunu nörotik ve akut skizofrenik grupların izlediği saptanmıştır. Tanı grupları arasındaki fark önemlidir. Bu farklılık akut skizofrenik grup ile kronik skizofrenik gruparasından kaynaklanmaktadır. Bu bölümde nörotik grupta akut skizofrenik gruba kıyasla daha fazla bozukluk (dysfunction) görülmektedir. Klinik bilgi ve izlenimlere ters düşen bu bulguyu açıklamak gerekir. Nörotikler genellikle kendilerini skizofreniklere göre daha az hasta kabul ettiklerinden, uğraşı ve değişik alanlardaki çalışmalara ve hemşire grubunun beklentilerine uygun düzeyde bir performans göstermedikleri düşünülebilir. Skizofreniklerden beklenti somut, basit ve düşük düzeyde olduğundan hemşireye daha fazla bağımlı olmaları nedeniyle görevlilerin kanı ve

rüşlerine dayanan değerlendirmelerde nörotikler aleyhine
ir sonuç çıkmaktadır.

Bu bölümle ilgili soruların sorulması sırasında önemli
ir güçlükle karşılaşılmamıştır.

Ruhsal durumu ve sosyal uyumu değiştiren etkenler
odifying Facters). Bu bölümde saptanan değiştiren etkenler
ısından olumlu yönlerin kontrol grubunda fazla olduğu, bunu
kut skizofenik, nörotik, kronik skizofrenik grupların izlediği
aptanmıştır. Tanı grupları arasındaki fark önemlidir. Bu fark
kut skizofrenik ile kontrol grubu, nörotik ile kontrol grubu
asından kaynaklanmaktadır. Bu farklılıkların kişisel ilgi ve
lişkiler sosyokültürel durum ve sosyoekonomik durumla ilişki-
i olduğu düşünülmektedir. Bulgulara göre nörotiklerde olumlu
işilik ve çevre özellikleri düşüktür. Bu bulgu hastanede yatan
astada ortaya çıktığına göre şöyle açıklanabilir: Genellikle
astaneye yatan akut skizofreniklerin sosyokültürel ve sosyo-
konomik durumları arasında büyük fark yoktur. Hastaneye yatan
örotikler genellikle düşük sosyokültürel ve sosyoekonomik or-
mdan gelirler. Bu nedenle nörotiklerin karşılaştıkları değiş-
iren etkenler onların pek lehine değildir.

Bu bölümle ilgili soruların sorulması sırasında önemli
ir güçlükle karşılaşılmamıştır.

Genel değerlendirme. Çizelgede kaydedilen ve değerlen-
irilen tüm bilgiler gözönüne alındığında varılan yargıya göre
raştırmanın yapıldığı gruplarda uyum bozukluğu veya yeti yitimi
ıralaması kronik skizofrenik akut skizofrenik, nörotik ve

kontrol grupları biçimindedir. Bu gruplar arasındaki fark istatistiksel yönden önemli bulunmuş olup tüm grup ortalamalarından kaynaklanmaktadır. Derecelendirilen diğer davranış ve rollerde olduğu gibi, genel değerlendirmede de kadın erkek farklılığı istatistiksel olarak yoktur.

Bu sonuçlar , skizofrenik bozuklukların sosyal rol performansı ve davranışı önemli ölçüde etkileyerek bozduğu, dolayısıyla yetiyitimine(disability) yol açtığı görüşünü desteklemektedir.

Araştırma sonuçları, değişik kültürlerde kullanılabileceği öne sürülen ve standart bir çizelge olan Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesinin toplumumuzda tanı grupları arasında davranış ve sosyal uyum farklılıklarını gösterebildiğini kanıtlamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve belli kalıplar yerine kişiyi kendi çevresi ve normları içinde değerlendirmeyi amaçlayan bu çizelgede değişik kaynaklardan alınan bilgilerin değerlendirilmesi sonucu varılan yargıya göre derecelendirme yapılmaktadır. Çizelgenin dördüncü bölümünde olumlu yönlere(assets) yakın akraba, arkadaş ve komşulardan gelen maddi ve manevi desteğin eklenmesinin yararlı olacağı, olumsuz yönlere(liabilities) enflasyonun, işsizliğin, yüksek öğrenim olanaklarının kısıtlılığının, geleneksel değerlerin değişmesinin ve istek dışı evlenmelerin eklenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmaya göre Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi yukarıda belirttiğimiz eklemeler ile oldukça etkin ve güvenilir, uluslararası karşılaştırmalar için geçerli bir araç olma potansiyelini taşımaktadır. Ancak araştırma bulgularını toplum ve hastalara genelleştirme olanağı yoktur. Çünkü araştırma örnekleri ve kontrol grubu sayı ve örneklem tekniği açılarından sınırlıdır. Her hastaya geniş bir değerlendirme çizelgesi uygulanmakla birlikte rol ve davranışların özelliklerine bağlı olarak denek sayısı düşmekte ve istatistiksel analizleri etkilemektedir.

Bu aracın bundan sonra geniş gruplarda hastane ve toplum içinde kullanılarak, bilgi alınıp hastalıkların gidiş ve sonlanışı, yetiyitiminin saptanması, çalışıp çalışmama gibi alanlarda durum saptaması bakımından önemli katkıları olacaktır.

Ö Z E T

Bu araştırmada akut skizofrenik, kronik skizofrenik , örotik ve kontrol gruplarında sosyal davranış, rol performansı e uyumun standart bir çizelge ile saptanması amaçlanmıştır. Sosal davranış, rol performansı ve uyum açısından tanı grupları e cinsler arasında fark olup olmadığının, uygulanan ölçeğin eçerliğinin gösterilmesine çalışılmıştır.

Giriş bölümünde sakatlık, yetiyitimi, bozukluk, sosyal ol, sosyal uyum kavramlarının tanımlamaları yapılmış; ilgili ayınlar özetlenmiş ve sosyal uyumu ölçen araçlar tanıtılmaya alışılmıştır.

Araştırma planında dört tanı grubunda, iki ayrı cinste, eksen deneğin incelenmesi öngörülmüştü. Metod bölümünde bu maca varmak için kullanılan değerlendirme aracı ve bu aracın uygulama biçimi açıklanmıştır. Tüm deneklere Dünya Sağlık Örgüti'nce geliştirilen Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (Disability ssessment Schedule) uygulanmıştır. Deneklerden alınan yanıtlar enel davranış sosyal roller (ev işlerine katılma, kişiler arası ürtüşme, iş rolü, ilgiler, kriz durumlarına tepki), hastanedeki asta, ruhsal durumu ve sosyal uyumu değiştiren etkenlere göre ategorilere ayrılmış, tanı grupları ile ilgili farklılıklar aryans analizi, Tukey testi ve t-testi uygulanarak incelenmiş, onuçlar bulgular bölümünde verilmiştir.

Bulgulara göre yukarıda sayılan alanlardaki fonksiyon ozuklukları kronik skizofrenik, akut skizofrenik,nörotik ve ontrol gruplarında farklı bulunmuştur. Genellikle bütün alanarda kronik skizofreniklerde belirgin bozukluk saptanmıştır. azı alanlarda akut skizofreniklerle nörotikler arasında yetiyitimi ve uyum bozukluğu açısından belirgin bir fark bulunamıştır.

Çizelgede kaydedilen ve değerlendirilen tüm bilgiler gözönüne alındığında uyum bozukluğu (yetiyitimi) nun en fazla kronik skizofrenik grupta olduğu, bunu akut skizofrenik, nörotik ve kontrol grupların izlediği saptanmış, tanı grupları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur.

Bulgular tartışma bölümünde tartışılarak yorumlanmış ve başka araştırmaların sonuçları ile karşılaştırılmıştır.

K A Y N A K L A R

1. AMA , Comittee on Mental Health in Industry : Guide for evaluating employability after psychiatric illness. JAMA 181 : 1086-1089, 1962.

2. AMA, Comittee on Rating of Mental and Physical Impairment: Mental İllness. JAMA 198: 1284-1296, 1966.

3. Barrabee P, Barrabee EL, Finesinger JE : A normative social adjustment scale. Amer J Psychiatry 112: 252-259, 1955.

4. Bellak L : Handbook of Community Psychiatry. New York: Grune and Stratton Inc., 1964, s. 1-46.

5. Brosin HW : The unfit : How to use them. Psychosom Med 5 : 342-351, 1943.

6. Clare AW, Cairns VE : Design, development and use of a standard interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies. Psychol Med 8: 589-604, 1978.

7. Clark AW : The personality and social network adjustment scale. Hum Rel 21: 85-96, 1968.

8. Clausen GT: Some problems of design and inference in studies of community tenure. J Nerv Ment Dis 155 : 22-35, 1972.

9. Cohler BJ, Grunebaum HU, Weiss JL : Social relations, stress and psychiatric hospitalization among mothers of young children. Soc Psychiatry 9 : 7-12, 1974.

10. Cole NJ, McDonald BW, Branch CH : A two-year follow-up study of the work performance of former psychiatric patients. Amer J Psychiatry 124 : 88-93, 1968.

11. Cooper JE : Assessment and reduction of psychiatric disability, WHO Workshop Report'ta.Varna:WHO, 1978 a, s.3.

12. Cooper JE : Kişisel görüşme, 1978 b.

13. Dunham HW : Community psychiatry-The newest therapeutic bandwagon. Arch Gen Psychiatry 12 : 303-313, 1965.

14. Ellsworth RB, Clayton W: Measurement of improvement in mental illness. J Consult Psychol 23: 15-20, 1959.

15. Endicott J , Spitzer RL : What ! Another rating scale ? The psychiatric evaluation form. J Nerv Ment Dis 154 : 88-104, 1972 a.

16. Endicott J, Spitzer RL: Current and past psychopathology scales. Arch Gen Psychiatry 27 : 678-687, 1972 b.

17. Fişek HN, Dirican MR : Hekimlikte İstatistik. Erzurum: AÜTF, 1970, s. 68-71.

18. Fleiss JL, Spitzer RL, Burdock EI : Estimating accuracy of judgement using recorded interviews. Arch Gen Psychiatry 12: 562-567, 1965.

19. Frank JD, Gliedman LH, Imber SD : Determining improvement in psychotherapy. Am J Psychiatry 115: 961-968, 1959.

0. Gilberstadt H, Aberwald R, Crosbie S : Effect of surgery on psychological and social functioning in elderly patients. Arch Intern Med 122 : 109-115, 1968.

1. Gruenberg EM: The social breakdown Syndrome-some Origins. Amer J Psychiatry 123 : 1481-1489, 1967.

2. Gurland BJ, Yorkston NJ, Goldberg K: The structured and scaled interview to assess maladjustment (SSIAM) : II.Arch Gen Psychiatry 27: 264-267, 1972 a.

3. Gurland BJ, Yorkston NJ, Stone AR, Frank JD, Fleiss JL : SSIAM. Arch Gen Psychiatry 27 : 259-264, 1972 b.

4. Hoehn-Saric R, Liberman B, Imber S : Arousal and attitude change in neurotic patients. Arch Gen Psychiatry 26: 51-56, 1972.

5. Hogarty GE,Goldberg SC,et al:Drugs and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. Arch Gen Psychiatry 28 : 56-64, 1973.

6. Hogarty GE, Katz MN: Norms of adjustment and social behavior. Arch Gen Psychiatry 25 : 470-480, 1971.

7. Jablensky A, Schwarz R, Tomov T: WHO, collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. Acta Psychiat Scand 62 : 152-159, 1980.

8. Kirk RE : Experimental Design Procedures for The Behavioral Sciences. Belmont : Brooks/Cole, 1968, s.201-202, 175-176.

9. Leighton AH : Social disintegration and mental disorder, Arietti S(ed) American Handbook of Psychiatry II'de, New York: Basic Books, 1974, s.2-28, 411-429.

Lerner J : Evaluating psychiatric disabilities - Some problems. Int J Neuropsychiat 1: 193-198, 1965.

Lin T : The epidemiological study of mental disorders by WHO, Soc Psychiatry 1 : 204-206, 1967.

Linn MW, Sculthorpe WB, Evje M, Slater PH, Goodman SP : A social dysfunction rating scale. J Psychiatr Res 6 : 299-306, 1969.

Melrose JP : Diagnosis of psychopathology using stepwise multiple discriminant analysis : I. Comp Psychiatry 11: 43-50, 1970.

Merton RK : Social Theory and Social Structure. New York: Free Press, 1957, s. 369.

Miles HHW, Barrabee EL, Finesinger JEF: Evaluation of psychotherapy. Psychosom Med 13: 83-105, 1951.

Miles HHW, Waldfogel S, Barrabee EL: Psychosomatic study of 46 young men with coronary artery disease. Psychosom Med : 455-477, 1954.

Nussbaum K,Schneidmuhz AM,Shaffer JW:Psychiatric disability rating in transition. Comp Psychiatry 10: 327-333, 1969.

Öztürk MO, Savaşır I, ve ark. : Psikiyatrik Hastalarda Yetiyitiminin(Disability) Değerlendirilmesi ve Azaltılması Üzerine Uluslararası Ortak Çalışma, TÜBİTAK,TAG/390 ARAŞTIRMA PROJESİ,Ankara, 1981 a.

Öztürk MO, Göğüş A, Uçman P, Savaşır I: Skizofrenik hastalarda yetiyitimi(disability) değerlendirilmesi üzerine uluslararası ortak araştırma, Doğa (baskıda), 1981 b.

0. Öztürk MO, Savaşır I, Uçman P : Kişisel görüşme, 1981 c.

1. Parloff MB, Kelman HC, Frank JD : Comfort effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. Am J Psychiatry 111: 343-351, 1954.

2. Paykel ES, Weissman MM, Prusoff BA : Dimensions of Social adjustment. J Nerv Ment Dis 152 : 158-172, 1971.

3. Paykel ES, Weissman MM, Prusoff BA : Social maladjustment and severity of depression. Compr Psychiatry 19 : 121-128, 1978.

4. Platt S : Social adjustment as a criterion of treatment success: Just what are we measuring ? . Psychiatry 44 : 95-112, 1981.

5. Platt S, Weyman A, Hirsch S, Hewett S : The social behavior assessment Schedule. Soc Psychiatry 15 : 43-55, 1980.

6. Prusoff BA, Klermann GL, Paykel ES : Pitfalls in the self report assessment of depression. Can Psychiatr Assoc J 17 : 101-107, 1972.

7. Rapoport R, Rosow I : An approach to family relationships and rŏle performance. Human Relations 10 : 209-221, 1957.

8. Remington M, Tyrer P : The social functioning schedule. Soc Psychiatry 14 : 151-157, 1979.

9. Roen SR, Ottenstein D, Cooper S : Community adaptation as an evaluative concept in community mental health. Arch Gen Psychiatry 15 : 36-44, 1966.

50. Rowntree LG : The unfit: How to exclude them. Psychosom Med 5 : 324-330, 1943.

51. Ruesch J : Hospitalization and social disability. J Nerv Ment Dis 142: 203-214, 1966.

52. Ruesch J : People's tolerance of psychopathology. Psychosomatics 8 : 119-125, 1967 a.

53. Ruesch J : Technological civilization and human affairs. J Nerv Ment Dis 145 : 193-205, 1967 b.

54. Ruesch J : The assessment of social disability. Arch Gen Psychiatry 21 : 655-664, 1969.

55. Ruesch J, Brodsky CM : The concept of social disability. Arch Gen Psychiatry 19 : 394-403, 1968.

56. Ruesch J, Sabine F, Peterson HW : The measurement of social disabity. Compr Psychiatry 13 : 507-518, 1972.

57. Savaşır I, Göğüş A, Öztürk MO : Psikiyatrik hastalarda yetiyitiminin değerlendirilmesi ve azaltılması üzerine ortak çalışma , Tübitak Yedinci Bilim Kongresi,1980'de Ankara: Tübitak Matbaası,(baskıda).

58. Spiegel MR : Statistics. New York: McGraw-Hill, 1972, s. 91-96.

59. Spitzer RL, Endicott J : DIAGNO : A Computer program for psychiatric diagnosis utilizing the differential diagnostic procedure. Arch Gen Psychiatry 18: 746-756, 1968.

60. Spitzer RL, Endicott J : DIAGNO : II,Further developments in a computer program for psychiatric diagnosis. Am J Psychiatry 125 : 12-21, 1969.

61. Spitzer RL, Endicott J, Fleiss JL : The psychiatric status schedule. Arch Gen Psychiatry 23 : 41-55, 1970.

Spitzer RL, Fleiss JL, Burdock EI : The mental status schedule: Rationale, reliability, validity. Comp Psychiatry 5 : 384-395, 1964.

Spitzer RL, Fleiss JL, Endicott J : Mental status schedule. Arch Gen Psychiatry 16: 479-493, 1967.

Temkov I, Jablensky A, Sartorius N : The prevention of disability : A major public health goal, Assessment and and Prevention of Disability Resulting from Mental Disordersda Varna: WHO, 1978, s. 36-41.

Tomov T, Jablensky A, Schwarz R : The WHO collaborative study on the assessment and reduction of psychiatric disability, Assessment and Prevention of Disability Resulting from Mental Disorders'da Varna:WHO,1978,s.43-55.

Weinstein MR : The illness process. JAMA 204: 209-213,1968.

Weissman MM : The assessment of social adjustment, Arch Gen Psychiatry 32 : 357-365, 1975.

Weissman MM- Paykel ES, Klerman GL: Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. Arch Gen Psychiatry 30: 771-778, 1974.

Weissman MM, Paykel ES, Siegel R : The social role performance of depressed women: Comparisons with a normal group. Am J Orthopsychiatry 41 : 390-405, 1971.

Weisman MM, Prusoff BA Thompson WD,Harding PS,Myers JK: Social adjustment by self-report in community sample and in psychiatric outpatients. J Nerv Ment Dis: 166 : 317-326,1978.

1. Wing JK, Brown GW : Institutionalism and Schizophienia. London: Cambridge Univ Press, 1970, s. 74-90.

2. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N : The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. London: Cambridge Univ Press,1974, s.141-228.

3. Wood P : The classification of impair ments and handicaps: Memorandum prepared for the 1975 WHO ICD/9 conference in Geneva. Geneva : WHO, 1975.

4. WHO : Organization of Mental Health Services in Developing Countries, Report of the WHO Expert Committee on Mental Health,(TRS/564). Geneva : WHO, 1975, s.1-10.

5. WHO : Disability Prevention and Rehabilitation,(A29/INF. DOC/1). Geneva : WHO, 1976, s. 1-3.

6. WHO : Assessment and Prevention of Disability Resulting from Mental Disorders, (MNH/79-15). Varna: WHO, 1978 a, s. 1-49.

7. WHO : Mental Disorders: Glossary and Guide to Their Classification in Accordance with the Ninth Revision of the International Classification of Diseases. Geneva: WHO, 1978 b. s.21-57.

8. WHO : Assessment and Prevention of Disability Resulting from Mental Disorders, (MNH/80. 17). Groningen : WHO , 1980. s. 45-60.

9. Yamane T : Statistics. Singapore : Harper, 1973, s.661-664.

EK : I - I

W.H.O./D.S.Ö

DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE(DAS)

YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ(YDÇ)

Çevirenler:Işık Savaşır,Ahmet Göğüş,M.Orhan Öztürk

Hizmet yerinin adı _____

Hastanın ilk adı veya adlarının ilk harfleri _____

Hastanın hizmet yerindeki kayıt numarası _____

O M P D O 3 0 1 01 -08

0 __ 09 -10

Araştırma Merkezi

01 = Groningen 05 = Zagreb
02 = Khartoum 06 = Zurich
03 = Mannheim 07 = Ankara
04 = Sofia

Bu çizelgeyi dolduran araştırması 7 ____ 11 -13

Adı _____

Bu çizelge bir güvenirlik görüşmesinin parçası olarak mı doldurulmuştur ? __ 14

0= Hayır
1= Evet, bu çizelgeyi dolduran kişi aynı zamanda bilgi veren kişi ile de görüşmeyi yapmıştır.
2= Evet, bu çizelgeyi dolduran kişi görüşmede hazır bulunmuştur ancak görüşmeyi yapmamıştır.

Bilgi veren kişi(lerle) ile görüşen araştırmacı 7 ____ 15-17

Adı _____

Hastanın DSÖ numarası _____ 18-20

Bu formun doldurulus tarihi ____ ____ ____ 21-26
gün ay yıl

Bu çizelgeyi doldurmada kullanılan bilgilerin kaynağı(bilgi veren kişinin adı veya adlarının ilkharfleri,hastaya yakınlık derecesi) __ __ __ 27-29

_____

_____

_____

27 Anahtar Kişi ve Hasta Kod 1
Anahtar Kişi Kod 2
Hasta Kod 3

28 Başka Bilgi verenler sayısını yazınız

28 Yazılı Materyel Kod 0 yoksa
Kod 1 varsa

27/28/29 Kod 9 bilinmiyorsa

GİRİŞ

Bu çizelgenin amacı hastaların şu andaki uyumunun(functioning) ve bunu etkilemiş olabilen bazı faktörlere ait bilgileri kayıtlara geçebilmektir. Çizelge 5 kısmı içermektedir. 1.Genel davranış, 2.Sosyal rol yeterliliği(Social role performance) 3. Hastahanedeki hasta yalnız şu anda hastahanede yatan hastalar için 4. Değiştirici etkenler ve 5. Genel değerlendirme.

Bu çizelgeyi kim doldurmalıdır? Hastanın davranışları ve uyumunun derecelendirilmesi ve çizelgenin doldurulusu ancak bir psikiyatr, psikolog, sosyolog ya da sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılmalıdır. Değerlendirmeyi yapan kişinin mesleki nitelikleri ne olursa olsun, davranışı derecelendirmede tecrübeli olması ve bu çizelgeyi uygulamada eğitilmesi gerekir.

Bilgilerin kaynakları : Bu çizelge bir soru listesi değildir ve içindeki maddelerin derecelendirilmesi alınabilen bütün bilgilerin sonucunda bir yargıya varabilme yeteneğini öngörür. Bilgilerin kaynakları şunlardır: (i) hasta hakkında kilit bilgileri verebilen kişi(çoğunlukla bir aile üyesi) (ii) hastanın kendisi (iii)yazılı kayıtlar, ya da diğer bilgi verenlerden elde edilen veriler (örneğin iş arkadaşları, meslekdaşlar v.b.).Uygun bilgi verenleri ya da hastayı çapraz-muayene etmelidir. Önerilen işlem şudur: Eğer çizelgeyi dolduran kişi psikiyatr ise kilit bilgi - veren kişiyle yaptığı görüşmede bu çizelgeyi Geçmiş Öykü ve Sosyo Demografik Tanımlama Çizelgesi(GÖSD) ile birlikte kullanmalıdır. Eğer değerlendirmeyi yapan kişi psikiyatr değil ise görüşmeden önce bir psikiyatr tarafından doldurulmuş olan hastanın GÖSD çizelgesini görmesi gerekir. Her iki halde de bu çizelgeyi dolduran kişinin hastayla kısa bir görüşme yapması ve bilhassa (x) olarak işaretlenmiş olan maddeleri derecelendirmede hastadan yardımcı bilgileri alması gerekir.

Derecelendirmenin yapılışı: 1 ve 2.bölümlerin her maddesinin altında dikkate alınması gereken davranışlar ve uyumla ilgili rehber sözcükler vardır. Ayrıca "Bozukluk yok", "Minimum bozukluk" ve "Maksimum bozukluk" değerlendirilmesiyle ilgili rehber cümleler bulunmaktadır. Minimum ve maksimum bozuklukların arasında kalan derecelerin işaretlenmesinde derecelendirmeci (rater) hastanın gerçek uyumuna en yakın olan basamaklardan birini seçmelidir. Kararsızlık halinde ise genel kural olarak, değerlendirici sayısal olarak daha aşağı olan basamağı seçmelidir. 1,2,3,4 veya 5.derecelendirmesi her kez yapıldığında, değerlendiricinin derelendirmeyi yapmada temel aldığı bulguları kısa bir not tarzında boşluklara yazması gerekmektedir. Çizelgenin doldurulusunda daha sonra alınan bilgilerle(örneğin, hastadan veya diğer kaynaklardan) derecelendirmenin değiştirilmesi zorunluluğu ortaya çıkabileceği düşünülerek düzeltmelerin daha kolay yapılabilmesi için kurşun kalem kullanılması önerilir.

Değerlendirmenin Temel Çizgileri : Maddelerin çoğunda hastanın şimdiki davranışı ve uyumu(geçen aydaki-başka türlü belirtilmediyse) iki ölçüte göre değerlendirilmelidir. (a) Benzer yaş ve sosyokültürel düzeyde, aynı cinsiyette ki "normal" veya "vasat" bilinen bir insanın uyumu("bozukluk yok" başlığı altında rehber cümleler verilmiştir). (b) Hastanın bir sene önceki davranışı ve uyumu.

Böylece hastanın şimdiki sosyal uyumunun değerlendirilmesi iki eksen üzerinde yapılmaktadır :

(i) Sosyal gruptan sapma ve (ii) önceki kişiliğinden sapma

Kilit bilgi-veren	"olanın", gerçek durum tanımlanması (anlatımların özeti)	Değerlendirmecinin yargısı	Gruptan sapma
Hasta			Derecelendirmeler
Başka Kaynaklar			Önceki kişiliğinden sapma

1. GENEL DAVRANIŞ(OVERALL BEHAVIOUR)

1.1 HASTANIN GEÇEN AYDA KENDİNE BAKIMI

Şu noktalarda soruşturunuz: (i) Hastanın hijyeni-yıkanması, traş olması, elbise, saç, tırnak v.b. bakımı ve temizliği, tuvalet alışkanlıkları;
(ii) yemek yeme alışkanlıkları;
(iii) yaşadığı yeri(örneğin, kendi odası) düzenli tutma

(DEĞERLENDİRME OLANAKSIZSA 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(0) Bozukluk yok : Hastanın kendine bakımı sosyo-kültürel düzeyine göre normal, hasta görünümüne yeterli ilgi gösteriyor.

(1) Minimum bozukluk:Hasta biraz denetimle(sürekli değil)(i) (ii) (iii) ün standartlarını oldukça sürdürüyor, ya da standardı biraz düşük ve denetim yok; görünümüne gösterdiği ilgide biraz azalma

(5) Maksimum bozukluk: Hasta dış görünümüne tamamen ilgisiz, bakımını yapamıyor, (i) (ii) ve (iii) için sürekli denetim gerekiyor; denetimin daha az yoğun olması halinde kendini aşırı ihmal ediyor. Bu kodu sadece aşırı vakalarda kullanın, örneğin, bakılmayınca, hastanın büyük veya küçük abdestini kaçırması.

__30

1.1.k. BU DURUM BİR YIL ÖNCESİNE GÖRE BİR DEĞİŞME GÖSTERİYOR MU?

0 = hayır

1 = evet, iyiye doğru bir değişme

2 = evet, kötüye doğru bir değişme, bir yıl önce bozukluk yoktu

3 = evet, daha kötüye doğru bir değişme, bir yıl önce de bozukluk vardı

9 = kestirmek olanaksız

__ 31

1.2 GEÇEN AY SÜRESİNDE AKTİVİTE AZLIĞI

Bu noktalarda soruşturunuz : Günboyu hiçbirşey yapmaksızın geçirilen zaman:yatakta uyanık olarak yatma, veya hiçbir şeyle meşgul olmadan boş otumma;başkaları ile konuşmama, Hastanın geçen aydaki tipik davranışına dayanarak hesaplayınız(TV seyrederken geçirilen zamanı katmayınız)

(DEĞERLENDİRME OLANAKSIZSA 9 OLARAK DEĞERLENDİRİNİZ)

(0) Bozukluk yok: Hasta destek görmeden ve denetim almadan gün-boyu yeterli derecede hareketli ve uğraşılı (meşgul).

(1) Minimum bozukluk: Hasta geçen ayda olağan bir gününün enaz 2 saatini hiç bir şey yapmadan geçiriyor. Hasta günde 4 saatten fazla zamanı boş geçiriyorsa ve günün geri kalan kısmında da aktif olması için rutin denetim gerekiyorsa derecelendirmeyi 2 veya daha fazla olarak yapınız. — 32

(5) Maksimum bozukluk:Hasta günün çoğunluğunda hiçbir şey yapmıyor; en temel görevleri bile sürekli destek ve denetim olmaksızın yürütemiyor; geçen ayın çoğunda girişim hemen hemen hiç yok.

1.2.1. BU DURUM BİR YIL ÖNCESİNE GÖRE BİR DEĞİŞME GÖSTERİYOR MU?

0 = hayır

1 = evet, iyiye doğru değişme

2 = evet, kötüye doğru değişme, bir'yıl önce bozukluk yoktu — 33

3= evet, daha kötüye doğru değişme, bir yıl önce bozukluk vardı

9 = kestirmek olanaksız

1.3 YAVAŞLIK :

Şu noktalarda soruşturunuz: Geçen bir ayda günlük aktiviteleri yürütmede ve hareketlerde genel yavaşlık

---

(DEĞERLENDİRME OLANAKSIZ İSE 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(0) Bozukluk yok: Hareketlerin hızı ve günlük olağan faaliyetleri yürütebilme normal.

(1) Minimum bozukluk : Olağan görevleri yapması daha uzun sürüyor fakat bir kez başladımı yürütebiliyor; ya da aşırı yavaşlama süreleri gösteriyor, ancak diğer zamanlarda normal. __ 34

(5) Maksimum bozukluk: Geçen ayın tümünde ya da çoğunda hareket etmede ve giyinme, yeme v.b. gibi olağan görevleri yapabilmede çok yavaş,yavaşlama bazan saatlerce ya da daha uzun süre hareket yokluğuna ulaşabilir.

1.3.1 BU DURUM BİR YIL ÖNCESİNE GÖRE BİR DEĞİŞME GÖSTERİYOR MU?

0 = değişiklik yok

1 = evet, iyiye doğru bir değişme

2 = evet, kötüye doğru bir değişme __ 35

3 = evet, daha kötüye doğru bir değişme fakat bir yıl önce bir miktar bozukluk vardı

9 = kestirmek olanaksız

1.4 GEÇEN AY SÜRESİNCE TOPLUMDAN ÇEKİLME

Şu noktalarda soruşturunuz ve gözönüne alınız: (a) Hastanın kişilerle(sözel veya sözel olmayan)etkileşimden aktif olarak kaçınması. Örneğin, çevresinde ki kişilerle konuşmaktan kaçınma; (b) başka kişilerle bir arada bulunmaktan aktif olarak kaçınma. Hastanın evinin dışındaki normal olarak beklenilen sosyal aktivitelerden kaçınması buna katılır: Örneğin, akrabaları ve arkadaşları ziyaret etme, arkadaşlarla dışarı çıkma, oyunlara katılma gibi....
(a) tipi davranışların derecelendirilebilir olması için
(b) de belirtilen davranışların olmaması gerektiğinden (b)nin (a)dan daha ağır bozukluk olarak görülmesi gerekir. Bazı ender olasılıklar, (örneğin başkalarını görmekten kaçınırken, kişilerle ilişkiyi telefon yoluyla kurmak gibi); ayrıntılı olarak betimlenmelidir.

(DEĞERLENDİRME OLANAKSIZ İSE 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(0) Bozukluk yok: Hasta, kendi sosyo-kültürel çevresinde beklenilen kadar insanlarla kaynaşır, konuşur ve onlarla etkileşimde bulunur. Kişilerden kaçınma kanıtı yoktur.

(1) Minimum bozukluk: Sosyal aktivitelerden bir miktar uzaklaşmış ve yalnız kalıyor fakat desteklendiğinde insanlar arasına karışabiliyor. Bu durum hastalığının bir sonucu olabileceği gibi, hastalığa bağlı olmayan bir kişilik özelliği de olabilir. (a)tipi davranışların sıklığı ve ağırlığını gözönüne alarak 2 veya 3 olarak derecelendirin. Eğer yukarıda belirtilen (b) tipi davranış geçen ayda zamanın %50 sinden fazla sürede tutarlıkla devam etmişse, 4 olarak derecelendirin. __ 36

(5) Maksimum bozukluk: Geçen ay süresinde hemen hemen hiç kimseyle sosyal ilişkiye girmemiş;erişilemiyor;insanlardan ve konuşmadan aktif olarak kaçınıyor;sıkılıkla kendini odaya kilitliyebiliyor;veya günün büyük çoğunluğunda kişilerle ilişki kurmaya hiç girişimi olmadan amaçsız ortalıkta dolaşıyor.

1.4.1 BU DURUM BİR YIL ÖNCESİNE GÖRE BİR DEĞİŞME GÖSTERİYOR MU?

0 = değişme yok
1 = evet, daha iyiye doğru değişme
2 = evet, daha kötüye doğru değişme
3 = evet, daha kötüye doğru değişme, fakat bir sene öncede bozukluk vardı __ 37
9 = kestirmek olanaksız

2. SOSYOL ROL PERFORMANSI

Bölüm 2'yi doldururken derecelendirilecek sosyal davranış süresinin ortalama 1 ay olduğunu hatırda tutunuz. a) Bu ya son 4 hafta ya da b) Hasta hastahanede 2 haftadan daha az bir süre önce yatmışsa yatışdan önceki son 4 hafta şeklinde olabilir.

2.1. GEÇEN AY SÜRESİNDE EV İŞLERİNE KATILMA :

Şu noktaları sorusturunuz: (i) hastanın, birlikte, yemek yeme, hafif ev işi yapma, birlikte dışarı çıkma veya ziyarete gitme, oyun oynama, TV seyretme, v.b. gibi ortak ev faaliyetlerine katılması (ii) hastanın para sorunları, çocuklar v.b. gibi ev halkına ait kararlara katılması, ev kadınları için, ev kadınının genellikle evde yapması gerekli işleri dikkate alın. Derecelendirmeyi, hastadan işe katılmasının istenmiş, kendi haline bırakılmış veya işte reddedilmiş olmasını dikkate almadan yapınız.

(EĞER BU MADDE UYGUN DEĞİLSE 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(0) Bozukluk yok: Hasta, yaş, cinsiyet, ev içindeki yeri ve sosyo-kültürel düzeyinden beklenildiği kadarıyla ev faaliyetlerine katılmaktadır.

(1) Minimum bozukluk: Hasta beklentinin altında katılmaktadır ve benzer durumda olanlardan normal olarak beklendiği halde (ii) de belirtilenlere az ya da hiç katılmaz. __ 38

(5) Maksimum bozukluk: Hasta , ya kendisini olağan eviçi faaliyetlerinin tamamen dışında bırakır veya dışarıda tutulur.

2.1.1 BU DURUM BİR YIL ÖNCESİNE GÖRE BİR DEĞİŞME GÖSTERİYOR MU?

0 = değişme yok

1 = evet, iyiye doğru bir değişme

2 = evet, kötüye doğru bir değişme __ 39

3 = evet, kötüye doğru bir değişme, bir sene öncesinde de bazı bozukluk vardı.

9 = Değerlendirme olanaksız ya da uymuyor.

x2.2 EVLİLİK ROLÜ: GEÇEN AY SÜRESİNDE EŞİ İLE OLAN DUYGUSAL İLİŞKİ

(Burada "eş" deyince yasal duruma bakmaksızın, karşı cinsten birlikte sürekli yaşayan kişiyi de kapsar)

Şu noktaları soruşturunuz: (i) hastanın eşi ile olan iletişimi (örneğin, eş ile günlük olayları, haberleri ve çocukları konuşma gibi: (ii) hastanın eşine karşı sevgi ve sıcak yakınlık gösterebilme yeteneği (arasıra oluşan öfke ya da kıskançlık nöbetleri kültürel "normlara" göre değerlendirilmelidir.) (iii) hastanın, başvurulabilecek bir destek kaynağı olduğunun eş tarafından hissedilmesi: Örnekler isteyiniz.

(EĞER BU MADDE UYGUN DEĞİLSE 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(Örneğin, eğer hasta evli değilse ve geçen ay süresinde eşi ile birlikte yaşamıyorsa)

(0) Bozukluk yok: Hastanın eşi ile olan ilişkileri, yaşı, cinsiyeti ve sosyo-kültürel düzeyine göre 'normal" sayılanın dışında bir sapma göstermiyor.

(1) Minimum bozukluk: Hastanın eşi ile olan ilişkilerinde belirgin bozukluk var, özellikle (ii) ve (iii) ile ilgili noktalarda, eşi, hastanın duygusal olarak uzak ve ilgisiz olduğunu hisseder. __ 40

(5) Maksimum bozukluk: Eşi ile ilişkiler geniş anlamda bozuk ; iletişim kurma olanağı yok; hasta eşine karşı düşmanca ve saldırgan olabilir; geçen ay içinde eş evi terketmeyi veya boşanmayı düşünmüştür.

2.2.1 BU DURUM BİR YIL ÖNCESİNE GÖRE BİR DEĞİŞME GÖSTERİYOR MU?

0 = DEĞİŞME YOK

1 = evet, iyiye doğru değişme

2 = evet, kötüye doğru değişme __ 41

3 = evet, kötüye doğru değişme, bir yıl öncede bazı bozukluklar vardı.

9 = değerlendirme olanaksız ya da uymuyor.

x2.3 EVLİLİK ROLÜ : GEÇEN AY SÜRESİNDE EŞ İLE OLAN CİNSEL İLİŞKİLER :

(Burada "eş" deyince yasal duruma bakmaksızın, karşı cinsten birlikte sürekli yaşayan kişiyi de kapsar)

Dikkate alın: (i) geçen ay içinde cinsel birleşmenin olup olmadığı; (ii) hastanın cinsel ilişkilerini doyurucu bulup bulmadığı; (iii) eşin cinsel ilişkilerini doyurucu bulup bulmadığı

(BU MADDE UYGUN DEĞİLSE 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(BİLGİ EDİNMEK OLANAKSIZSA 8 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(0) Bozukluk Yok: Son bir ay içersinde cinsel ilişki olmuş,ne hasta ne de eşi bu ilişkilerini doyumsuz bulmuyorlar.

(1) Minimum bozukluk: Cinsel ilişki olmuş, ancak ya eş ya da hasta cinsel ilişkilerini doyurucu bulmuyor (örneğin, daha az zevk verici, eşin aşırı isteyici oluşu gibi...)Eğer cinsel ilişki olmadıysa(fırsat olduğu halde) ve hasta cinsiyete ilgisini yitirmişse durumun ciddiyetini göz önüne alarak 2 veya 4 arasında derecelendiriniz. Derecelendirmeyi yaparken cinsiyete ait ilgi ve girişim yitiminin derecesi gözönüne alınmalıdır. İlginin tümden ortadan kalktığı durumda 4 olarak derecelendirilir. ___ 42

(5) Maksimum bozukluk: geçen ay süresinde cinsel ilişkide niteliksel değişme olmuştur; hastanın cinsel davranışları eş tarafından tehlikeli veya çok anormal olarak algılanmıştır.

2.3.1 BU DURUM BİR YIL ÖNCESİNE GÖRE BİR DEĞİŞME GÖSTERİYOR MU?

0 = değişme yok

1 = evet, iyiye doğru değişme

2 = evet, kötüye doğru değişme ___ 43

3= evet, kötüye doğru bir değişme, bir yıl öncede bazı bozukluklar vardı.

9 = değerlendirme olanaksız veya uymuyor

x2.4 ANA BABALIK ROLÜ: GEÇEN AY SÜRESİNDE ÇOCUĞA(ÇOCUKLARA) GÖSTERİLEN İLGİ VE BAKIM:

Dikkate alın: (i)hastanın (evdeki yerine uygun olarak)çocuk bakımı görevlerini üstlenmesi ve yapabilmesi (örnek olarak-beslenme, yatağa yatırma, okula götürme-küçük çocuklar için; çocuğun gereksinmelerini yerine getirme-büyük çocuklar için) (ii) çocuğa karşı ilgi (örneğin oynama, okuma, sorunlarına ilgi göstsrme, okul ödevlerine yardım etme gibi...). Eğer çocuklar hasta ile birlikte yaşamıyorlarsa yalnız(ii)'yi dikkate alarak derecelendiriniz.

(EĞER BU MADDE UYGUN DEĞİLSE 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(0) Bozukluk yok: hasta, çocuk(çocuklar) bakımına sosyo-kültürel duruma uygun olarak beklenilen katkıda bulunmakta ve çocuklarına karşı ilgi göstermektedir.

(1) Minimum bozukluk:hasta normal olarak kendisine düşen çocuk yetiştirme görevlerini yardımsız veya denetimsiz yerine getirmemekte veya çocuklarına beklenilenden daha az ilgi duymaktadır. — 44

(5) Maksimum bozukluk:hasta çocuğuna (çocuklarına)hiç bakamamaktadır ve çocuğa karşı dikkatsizliği, ilgi yokluğu veya açık kini nedeniyle bir tehlike olabilir.

2.4.1 BU DURUM GEÇMİŞTE HERHANGİ BİR ZAMANA KIYASLA BİR DEĞİŞME GÖSTERMEKTE MİDİR?

0 = değişme yok

1 = evet, iyiye doğru değişme

2 = evet, kötüye doğru değişme — 45

3 = evet, daha kötüye doğru değişme, önce de bazı bozukluklar vardı.

9 = değerlendirme yapmak olanaksız ya da uymuyor

x2.5 HETEROSEKSÜEL ROL: GEÇEN AY SÜRESİNDE KARŞI CİNSTEN OLAN KİŞİLERLE İLİŞKİ (bekar hasta veya eşi ile birlikte yaşamıyan hastalar)

Dikkate alınız: (i) hastanın karşı cinse gösterdiği ilgi; (ii)cinsel ilişki olsun olmasın,gerçek ilişki veya temasların hasta tarafından aranması.

(EĞER BU MADDE UYGUN DEĞİLSE 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

örneğin, eğer hasta evliyse; koşulların karşı cinsle ilişki kurmaya olanak vermemesi; ya da kültürel normlara göre bu tür ilişkinin olanaksızlığı, yasal olmayan sürekli ilişki)

(0) Bozukluk yok : Hastanın, yaşına ve sosyo-kültürel durumuna uygun olarak, karşı cinsle ilişkisi vardır.

(1) Minimum bozukluk:hastanın karşı cinsle ilgisi vardır ve zaman zaman temas kurmaktadır ancak yerleşmiş ilişkisi yoktur. Herhangi bir temas kurmuyorsa 2 olarak derecelendiriniz. Eğer ilgisi yoksa 3 veya 4 olarak derecelendiriniz. __ 46

(5) Maksimum bozukluk: Hasta karşı cinsten olanlardan kaçınır veya onlara düşmanlık gösterir.

2.5.1 BU DURUM GEÇEN YILA GÖRE BİR DEĞİŞME GÖSTERMEKTE MİDİR?

0 = değişme yok

1 = evet, iyiye doğru değişme

2 = evet, kötüye doğru değişme __ 47

3 = evet, kötüye doğru bir değişme, bir yıl öncesinde de bazı bozukluklar vardı.

9 = değerlendirme yapmak olanaksız.

x2.6 SOSYAL İLİŞKİLER: GEÇEN AY SÜRESİNDE EV DIŞINDAKİ KİŞİLERARASI SÜRTÜŞMELER

Dikkate alınız: Hastanın kendi evi dışındaki sosyal durumlarda gösterdiği tartışmalar, kızgınlık, öfke ya da belirgin sinirlilik gibi açık davranışlar..örneğin,(i) eğer hasta çalışıyorsa, amirler, müşteriler, meslekdaşlar ile (ii) eğer hasta çalışmıyorsa veya ev kadını ise komşular ve çevredeki diğer insanlar v.b.ile (iii) eğer hasta öğrenci ise öğretmenler, başka öğrenciler, yöneticiler ile. Yurtlar veya diğer toplu oturma yerlerinde yaşayan hastalar için orada kalan diğer kişilerle olan sürtüşmeleri de katınız. Sürtüşmenin olduğu alanları boşlukta belirtiniz.

(EĞER BU MADDE UYGUN DEĞİLSE 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(0) Bozukluk yok: sürtüşme yok, düzgün kişisel ilişkiler, başkalarıyla iyi geçinme; sevilir ve grup aktivitelerine sıklıkla çağrılır.

(1) Minumum Bozukluk: Geçen ay süresinde bazı sürtüşmeler olmuş fakat ciddi tartışma ya da çatışma olmamış, Başka kişilerce hoşgörülebiliyor.

(5) Maksimum bozukluk: Hasta (i), (ii) ve (iii) de belirtilen kişi veya kişilerle sürekli ve ciddi çatışma içerisinde. Hastanın başka kişilerle olan ilişkisi göze batıcı olmasa da tek bir kişiye karşı çok şiddetli gerginlik, kızgınlık ya da düşmanlık göstermesi (5) olarak derecelendirilmelidir. Öte yandan çok ağır olmasa bile, birçok kişiyle genelleşmiş çatışması varsa da (5) olarak derecelendirilir. __ 48

2.6.1 BU DURUM BİR YIL ÖNCESİNE GÖRE DEĞİŞME GÖSTERMEKTE MİDİR?

0 = değişme yok

1 = evet, iyiye doğru bir değişme

2 = evet, kötüye doğru bir değişme __ 49

3= evet, kötüye doğru bir değişme, bir yıl öncesinde de bazı bozukluk vardı.

9 = değerlendirme yapmak olanaksız

x2.7 İŞ ROLÜ: GEÇEN AY SÜRESİNDE İŞ PERFORMANSI(ÖĞRENCİLER DAHİL)

Şu noktaları araştırınız:(i) hastanın iş düzenine uyumu-işe zamanında ve düzenli gitmesi kuralları gözetmesi v.b.(ii)performansının ve ürettiği işin niteliği ,ev içi çalışmayı katmayınız(2.1.'de derecelendirin) Eğer kilit bilgileri veren kişi bilgi veremiyorsa, derecelendirmeyi başka kaynaklara başvurduktan sonra yapınız.

(EĞER BU MADDE UYGUN DEĞİLSE 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(Örneğin, hasta işsizse ya da ev kadını ise)

(0)Bozukluk yok: hasta işine düzenli gidiyor; üretim ve performans niteliği işinden beklenilen düzeyde.

(1)Minimum bozukluk: aynı yerde ve aynı işte çalışan vasat bir görevliye kıyasla, hasta geçen ay işinde daha az bulunmuştur, veya ürettiği iş ve performansının niteliğinde biraz düşüş vardır; veya hasta işinin kendisine çok ağır geldiğinden yakınmaktadır. Eğer yukardaki tanımlama koruyucu iş yeri için geçerliyse 2 olarak derecelendiriniz. __ 50

(5)Maksimum bozukluk:hasta işine hemen hiç devam etmemektedir, veya yetersiz çalışma nedeniyle geçen ay içinde işten çıkarılmıştır; veya en az bir kez ağır ihmalcilik yapmıştır.

2.7.1 BU DURUM BİR YIL ÖNCESİNE GÖRE DEĞİŞME GÖSTERMEKTE MİDİR?

0 = değişme yok

1 = evet, iyiye doğru bir değişme

2 = evet, kötüye doğru bir değişme __ 51

3 = evet, kötüye doğru bir değişme, bir yıl öncesinde de bazı bozukluklar vardı.

9 = değerlendirme olanaksız

x2. 8 İŞ ROLÜ : BİR İŞ BULMA İLGİSİ YA DA İŞİNE GERİ DÖNMEYE KARŞI İLGİ :

(İşe girebilecek yaşta iken halen işe girmemiş veya çalışmıyor olan hastalar da derecelendirilir; ev kadınlarının ev dışında iş aramadaki beklentileri göz önüne alınır, öğrenciler katılmalıdır)

Dikkate alınız : (i) iş bulmaya veya işine dönmeye karşı ilgi (ii) iş elde etmeye yönelik gerçek adımlar.

(EĞER BU MADDE UYGUN DEĞİLSE 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(0) Bozukluk yok:Hasta bir iş elde etmeye karşı olan ilgisinden söz ediyor ve geçen ayda aktif olarak bu yönde çaba sarfetmiş.

(1) Minimum bozukluk: Hasta iş elde etmeye yönelik ilgisinden söz etmekte, fakat bu yönde bir çaba göstermemiştir. __ 52

(5) Maksimum bozukluk: Hastanın bir iş elde etmeye yönelik hiç ilgisi yoktur ve iş elde etme olanaklarını reddetmekte ya da kaçınmaktadır.

2.8.1 BU DURUM BİR YIL ÖNCESİNE GÖRE BİR DEĞİŞME GÖSTERMEKTE MİDİR ?

0 = değişme yok

1 = evet, iyiye doğru bir değişme

2 = evet, kötüye doğru bir değişme __ 53

3 = evet, kötüye doğru bir değişme, bir yıl öncesinde de bazı bozukluklar vardı.

9 = değerlendirme olanaksız

x 2.9 GEÇEN AY SÜRESİNDE İLGİLERİ VE BİLGİ EDİNME:

Dikkate alınız: (i) hastanın yerel ve dünya olaylarına karşı gösterdiği ilgi; (ii) bilgi edinme için gösterdiği çaba

---

(BU MADDE UYGUN DEĞİLSE 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(0) Bozukluk yok: Sosyo-kültürel yapısından beklenildiği kadar hasta hem yerel hem de dünyadaki olaylara ilgi göstermekte ve bu olaylar hakkında bilgi edinmeye çalışmaktadır(gazete okumak haberleri dinlemek, TV programlarını seyretmek ve başka kişilerle konuşmak).

(1) Minimum bozukluk:Hasta yerel ve dünya olaylarına beklenildiğinden daha az ilgi göstermekte ve bilgi edinme konusunda özel bir çaba göstermemektedir; yalnızca zaman zaman gazete okumakta,radyoyu dinlemekte veya TV haber bültenlerini seyretmektedir. __ 54

(5) Maksimum bozukluk: Hasta yerel ve dünya olaylarına karşı tümden ilgisizdir. Hiçbir zaman gazete okumamakta veya radyo ya da TV haberleri dinlememektedir.

2.9.1 BU DURUM BİR YIL ÖNCESİNE GÖRE DEĞİŞME GÖSTERMEKTE MİDİR?

0 = değişme yok

1 = evet, iyiye doğru bir değişme

2 = evet, kötüye doğru bir değişme __ 55

3 = evet, kötüye doğru bir değişme, bir sene öncesinde de bazı bozukluklar vardı.

9 = yargıya varmak olanaksız

2.10 GEÇEN ALTI AY SÜRESİNDE HASTANIN İVEDİ YA DA KRİZ DURUMLARINDA GÖSTERDİĞİ DAVRANIŞLAR :

Dikkate alınız: Hastanın şu durumlar karşısındaki tepkisi: (i) bir aile üyesini etkileyen hastalık ya da kaza(ii) başka kişilerde hastalık ya da kaza(iii)ivedi durumlar(örneğin yangın) (iv) çabuk karar almayı ve eylemi gerektiren başka zorluk ve olay

---

(EĞER YUKARDA BELİRTİLEN DURUMLAR SON 6 AY İÇERSİNDE OLMAMIŞSA VEYA BİLİNMİYORSA 9 OLARAK DERECELENDİRİNİZ)

(0) Bozukluk yok: Hasta bu tür durum karşısında yeterli ve etkili davranmıştır.

(1) Minimum bozukluk:Hasta bir miktar cevap vermiştir (örneğin, ilgi gibi...) fakat girişimi yoktur ve çok az etkinlik göstermiştir. __ 56

(5) Maksimum bozukluk: Hasta birşeyler yapabilecek durumda olduğu halde duruma tamamiyle ilgisiz kalmıştır.

2.10.1 BU DURUM BİR YIL ÖNCESİNE GÖRE DEĞİŞME GÖSTERMEKTE MİDİR?

0= değişme yok

1= evet, iyiye doğru değişme __ 57

2= evet, kötüye doğru değişme

3= evet kötüye doğru değişme, bir yıl öncesinde de bazı bozukluklar vardı.

9= kestirmek olanaksız

3. HASTAHANEDEKİ HASTA

3.1 Koğustaki davranış

Bu bölümün derecelendirilmesi için gereken bilgi koğuşta çalışan hemşirelerden alınmalıdır.

Hastanın olağan durumu için tipik olmasa bile, son 1 haftadaki davranışlarını ele alınız.

Her maddenin altında 3 derecelendirme vardır, eğer bu derecelendirmelerden biri geçen hafta içinde gözlenen davranışları betimliyorsa sağdaki kutunun içine kodunu yazınız.

3.1.1 Harekette yavaşlık

(0) Hareketin hızı normal — 58

(1) Hareketlerde aşırı yavaşlık süreleri olduğu fakat başka zamanlarda hareketlerinde yavaş değildi.

(2) Genellikle hareket etmede çok yavaşdı, örneğin, yemek yemesi, giyinmesi, koğuşta gezinmesi başka hastalara göre daha uzun zaman alıyordu.

3.1.2 Aktivite'de azalma

(0) Aktivitede belirgin azalma göstermedi. — 59

(1) Aktivitede aşırı azlmalma süreleri oldu fakat başka zamanda aktivitesinde azalma yoktu.

(2) Sürekli bir yerde duruyor ya da oturuyor, çok az hareket ediyordu. Teşvik edilse dahi harekete geçirilmesi çok zordu.

3.1.3 Aktivite'de artma (aşırı konuşmayı da dikkate alınız)

(0) Aktivitede belirgin artma ya da aşırı konuşma göstermiyordu. — 60

(1) Aktivitede artma ya da aşırı konuşma süreleri gösteriyordu fakat başka zamanlarda aşırı konuşması ve aktivide artması yoktu.

(2) Genellikle aşırı derecede hareketli, konuşkan ve huzursuz. Örneğin, hızla aşağı yukarı yürüyor, aşırı heyecanlanıyor, yüksek sesle konuşuyor ve şarkı söylüyordu, v.b.

3.1.4 Kişilerle görüşme

(0) Olağan görüşme.

(1) Bir kaç cümle söylüyordu, örneğin, sorulara cevap olarak, ancak genellikle suskundu. __ 61

(2) Hiç ya da hemen hemen konuşmuyordu.

3.15 Toplumdan çekilme

(0) Sosyal yaşama normal giriyor,

(1) Sosyal ilişkilerden çekilmiş ve yalnız kalıyordu fakat desteklenirse başkalarıyla bir miktar kaynaşabiliyordu. __ 62

(2) Desteklendiği halde hiçbir zaman herhangi bir kişiyle sosyal ilişkiye girmiyordu.

3.1.6 Boş zamanlarındaki ilgileri

(0) Normal spontan ilgileri vardı. __ 63

(1) İlgisi oldukça azalmış, fakat destekle bir süre için TV seyretmesi, gazete okuması, oyunlara katılması sağlanabiliyordu.

(2) Hiç bir konu ilgisini çekmiyordu. Teşvik edildiği halde TV zeyretmiyor, gazete okumuyor ve oyunlara katılmıyordu.

3.1.7 Yersiz ve anlaşılmayan konuşma

(0) Bu tür episodlar görülmedi __ 64

(1) Zaman zaman episodlar halinde yersiz ve anlaşılmaz konuşması oluyor, fakat bu hergün olmuyordu.

(2) Sıklıkla yersiz ve anlaşılmaz konuşma episodları (en az günde bir kez veya daha fazla) oluyordu.

3.1.8 Durumalış ve Manyerism

(0) Bu tür davranışlar gözlenmedi.

(1) (2) deki gibi davrandı fakat hergünden daha az sıklıkla . __ 65

(2) Her gün rahatsız ve garip durumlar aldı, ya da acayip (bizarre) hareketler yaptı.

3.1.9 Tehdit edici ya da saldırgan davranış

(0) Bu tür davranış gözlenmedi
(1) Tutumu tehdit ediciydi veya sözel saldırısı vardı fakat hiç kimseye vurmadı
(2) Birine vurdu ya da eşyayı tahrip etti(örneğin, giysiler, pencere, çanak çömlek v.b.). __ 66

3.1.10 Kişisel hijyen

(0) Yataktan kaldırılmaya, tuvalete götürülmeye gereksinim duyulmadı, altına kaçırma yok. __ 67
(1) Altına kaçırma olunca, geceleri, yataktan kaldırma veya gün boyu tuvalete götürme gerekti, fakat bu yardım yapılınca altına kaçırma olmadı.
(2) Haftada en az bir kez altına kaçırma gözlendi.

3.1.11 Kişisel görünümü

(0) Bu konuda denetime gereksinimi olmadı. Söylenmeden oldukça düzenli bir görünümü var. __ 68
(1) Traş olabiliyor(eğer erkekse), giyinebiliyor ve yıkanabiliyor ancak denetime gereksinim gösteriyordu yoksa görünümü düzensiz bir hal alıyordu.
(2) Haftada en az bir kez traş edilme, yıkatma, giydirmeye gerek duyuluyordu.

3.1.12 Yemek sırasındaki davranışları

(0) Yemekte normal davranıyordu. __ 69
(1) Başkası tarafından beslenme gerekmedi ancak masadaki hatalı davranışları nedeniyle denetime gerek gösterdi.
(2) Haftada en az bir kez başkası tarafından beslenilmeye gereksinimi vardı.

3.2 Hemşirelerin Düşünceleri

Derecelendirmeler hemşirelik bölümünün aşağıda belirtilen davranışlarda hastanın şimdiki potansiyeli üzerindeki düşüncelerini yansıtmalıdır.

0 = hayır 1 = evet 9 = uymuyor

3.2.1 Eğer olanak sağlansaydı bu hasta çamaşır yıkama, daktilon yazma ya da diğer ev işleri gibi hastahane için yararlı olacak işleri yapabilir miydi ? __ 70

3.2.2 Bu hastanın kibrit taşımasına izin verilebilir mi? __ 71

3.2.3 Bu hasta hafta sonları akraba ya da arkadaş ziyaretleri yapmada oldukça özgür olabilir mi? __ 72

3.244 Bu hastanın karşı cinsten hastalarla dışarı çıkmasına izin verilebilir mi?(örneğin sinemaya v.b.) __ 73

3.2.5 Bu hastanın makas ya da bulundurmasına izin verilebilir mi ? __ 74

3.2.6 Bu hasta kazanabileceği parayı idare edebilir mi ? __ 75

3.2.7 Bu hasta hastahanede yattığı halde dışarda herhangi bir işi yürütebilir mi ? __ 76

3.2.8 İş bulunsa ve yaşayabileceği uygun bir yer sağlansa bu hasta şimdi taburcu olabilir mi ? __ 77

3.2.9 Bu hastanın kapalı bir serviste kalması gerekiyor mu ? __ 78

3.3 Hastanın uğraşları

3.3.1 Hastanın koğuşta veya hastane bahçesinde çalışması

(Yalnızca en iyi çalışmayı değerlendiriniz)

0 = yok ___ 21

1 = Koğuş temizlenmesine çok az katkısı var (örneğin, biraz cila yapma,toz alma)

2 = Hergün yeterli düzeyde 1-3 saat süreyle koğuş temizliğine katlanma(örneğin,güvenilir temizleyici)

3 = Hastadan beklenilenden çok koğuş temizliğine katkı

9 = uymuyor

3.3.2 Koğuş dışındaki iş tedavisi

0 = Yok ___ 22

1 = Denetim altındaki bir iş grubunun üyesi (örneğin, arazide v.b.)

2 = Dikiş atölyesinde, mutfaklarda, çamaşırhanede, kafeteryada, diğer bölümlerde çalışma

3 = Hizmet servislerinde çalışma(örneğin,dükkanlar, fırın, ayakkabıcı gibi)

4 = Bireysel olarak çiftlik ya da bahçe işlerinde çalışma (Çalışma grubunun üyesi olmadan)

5 = Hastane dışında çalışma

9 = Uymuyor

3.3.3 Uğraşı terapisi:

0 = Yok ___ 23

1 = Koğuşta günde 1-2 saat

2 = Koğuşta günde 3-4 saat

3 = Uğraşı tedavisi bölümüne zaman zaman gidiyor

4 = Uğraşı tedavisi bölümüne hergün gidiyor

5 = Endüstriyel işlerle anlaşmalı(kontratlı)çalışmayapıyor.

9 = Uymuyor (örneğin,uğraşı tedavisi yok)

3.3.4 Diğer sosyal tedaviler(örneğin,eğlence,sanat,v.b.)

0= yok __24

1= koğuşta günde 1-2 saat

2= koğuşta 3-4 saat

3= böyle bir tedavi için bazan dışarı çıkar

4= böyle bir tedavi için hergün dışarı çıkar

9= uymuyor(örneğin, böyle bir tedavi yok)

3.4 Dış dünya ile temas

3.4.1 Geçen üç ay süresinde ziyaret edilmek

0 = Geçen ay süresinde ziyaret edilmemiş __ 25

1 = Haftada birden daha az sıklıkla ziyaret edilmiş

2 = Haftada bir ya da daha sık ziyaret edilmiş

8 = Hastanın hastanede oluşu bir haftadan az.

9 = Uymuyor

3.4.2 Geçen üç ay süresinde ev ziyaretleri

0= Geçen üç ayda ev ziyareti yapmamış __ 26

1= Bir kez ev ziyareti yapmış

2= Birden fazla ev ziyareti yapmış

8= Hastanın hastanedeoluşu bir aydan az

9= Uymuyor

3.4.3 Servis dışına izin durumu

0= Başkasıyla beraber olmadan servis dışına çıkma izni yok __ 27

1= Yalnız denetim gören bir çalışma grubuyla dışarı çıkmasına izin verilir.

2= Bahçe izni(denetimsiz)

3= Kente gitme izni var

9= Uymuyor

4. DEĞİŞTİREN ETKENLER

4.1 Olumlu yönleri(assets)

4.1.1 Son 6 ayda zamanın çoğunda hasta bilgisini arttırmak amacıyla ya da özel bir alanda becerisini geliştirmek, ilerletmek için herhangi bir düzenli çalışmada bulunmuş mudur? (örneğin bir diploma, sınav veya başka amaçlar için okumak, yabancı dil öğrenmek,ticaret öğrenmek, v.b.) __ 29

0 = hayır

1 = evet(belirtiniz) _____

_____

_____

9 = bilinmiyor

4.1.2 Son 6 ayda zamanın çoğunda kuvvetli özel ilgileri var mıydı? veya herhangi bir alanda düzenli özgül faaliyetleri oldu mu ? __ 30

(Hobiler, spor, müzik alete çalma veya başka sanat çalışmalarını v.b. katınız).

o = hayır

1 = evet (belirtiniz) _____

_____

_____

-9 = bilinmiyor

4.1.3 Görüşmecinin yargısına göre, bu hastanın herhangi bir alanda ortalamanın üzerinde yeteneği ya da olumlu yönleri var mıdır?

(örneğin üstün zekâ , özel yetenekler, hastanın toplumunda değerli olan özel beceriler, belirgin çekici görünüm, v.b.) __31

0 = hayır

1 = evet (belirtiniz) _____

_____

_____

9 = yargıya varabilmek olanaksız

4.1.4 Görüşmecinin yargısına göre, hastanın çevresinde veya o andaki durumunda hastanın uyum düzeyini olumlu yönde etkileyecek özellikler varmıdır?(Örneğin, destekleyici bir sosyal grupta yer alması, mali durumunun iyi olması, rahat ev şartları, başka özellikler,hatta hayvan beslemek gibi ilgiler v.b.) ? __ 32

0 = hayır

1 = evet(belirtiniz) _____

_____

_____

9 = yargıya varmak olnaksız

4.1.4 Hastanın ana-baba ya da eşi dışında herhangi bir kişi ile güvenli bir ilişkisi var mıdır(örneğin, kendi problemlerini tartıştığı, özel ilgilerini paylaştığı, tavsiyelerini istediği biri, v.b.) ? __ 33
Şuna dikkat ediniz: madde 1.4.deki derecelendirme 5 olarak yapılmışsa, bu maddede derecelendirme 1 olamaz.

0 = hayır

1 = evet(belirtiniz) _____

_____

_____

9 = bilinmiyor

4.2 <u>Olumsuz Yönler(liabilities)</u>

4.2.1 Hastanın şimdiki çevresinde onun için özellikle elverişsiz olan özellikler var mıdır?
(Örneğin: alt-ayrıcalıklı(under-privileged) gruba bağlı olma; yerel dili rahatlıkla konuşamama; çok yetersiz konut; ağır parasal güçlükler ya da yoksulluk; hastanın hastalığına bağlı olmayan çok bozuk ev çevresi; ağır derecede hasta yada yetiyitimi olan aile üyeleri, v.b.) __ 34

1 = hayır

0 = evet (belirtiniz) _____

_____

_____

9 = bilinmiyor

4.2.2 Hastanın fiziksel, nörolojik yetiyitimi ya da özürü var mıdır ? __ 35

1 = hayır

0 = evet(belirtiniz) _____

_____

_____

9 = bilinmiyor

4.2.3 Görüşmecinin yargısına göre hastanın kendisinde ya da çevresinde onun uyum düzeyini olumsuz yönde etkileyecek özellikler var mı ? __ 36

1 = hayır

0 = evet(belirtiniz) _____

_____

_____

9 = yargıya varmak olanaksız

4.4.3 Görüşmecinin yargısına göre, hasta ile aynı yaşta, cinste ve eğitim düzeyinde olupta ruh hastalığı öyküsü bulunmıyan bir bireyin, şu sıralarda ücret karşılığı iş bulması ne denli kolaydır ? __ 52

0 = çok kolay, iş kolayca bulunabilir

1 = uygun işi bulmakta bazı zorluklar var, fakat ciddi engeller yok.

2 = çok zor , iş bulma olanağı az

3 = bugünkü ekonomik koşullarda iş bulmak hemen hemen olanaksız

8 = uymuyor

9 = yargıya varmak olanaksız

5. GENEL DEĞERLENDİRME

Bu çizelgede kaydedilen ve derecelendirilen tüm bilgiler gözönüne alındığında, bu hastanın sosyal uyumu hakkındaki genel değerlendirmeniz nedir ? __ 53

0 = mükemmel
1 = çok iyi uyum
2 = iyi uyum
3 = orta derecede uyum
4 = bozuk uyum
5 = çok bozuk uyum
6 = ağır uyumsuzluk
9 = derecelendirmek olanaksız

Bu hasta hakkında başka herhangi ekleyeceğiniz açıklamalar varsa lütfen kaydediniz. Eğer hasta, belli özellikleri olan bir sosyal grupa bağlıysa bu özellikleri burada betimleyiniz.

_____

_____

EK : II - I

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE
MANUAL

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ
KILAVUZ

Çeviren : Ahmet GÖĞÜŞ

G İ R İ Ş

Bu kılavuz D.S.Ö. Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi için görüşmecilere yol göstermek üzere hazırlanmıştır.

Amaçlar :

1. DAS'ın temeli olan psikiyatrik yetiyitiminin kuramsal modelinin ana çizgilerini belirlemek,

2. Uyum bozukluğunun saptanması için DAS'ın birinci ve ikinci bölümlerindeki sosyal davranış ve rollerin tanımlamalarına açıklık kazandırmak,

3. Derecelendirilen belli yetiyitimleri ile ilgili bilgiyi ortaya çıkarmak üzere, yol gösteren sorularla, bilgi veren kişi ile konuşma başlıklarını düzenli bir biçimde sıralamak,

4. Herhangi bir uyum bozukluğunun ağırlığını derecelendirmede genel kuralları belirlemek ve uyum bozukluğu düzeyini tipik olarak temsil edecek bozuk davranış örnekleri vermektir.

Psikiyatrik Yetiyitiminin Kuramsal Modeli'nin Ana Çizgileri:

Bu çizelge özellikle hastanın kendi belli sosyal ve kültürel yaşantısı içinde sosyal uyumunu ve davranışını saptamak için geliştirilmiştir. Bu çizelgede "Yetiyitimi" (Disability) : Ruhsal rahatsızlık sonucu sosyal davranış ve sosyal rollerde ortaya çıkan uyum bozukluğudur. Yetiyitiminin ruhsal hastalıkta görülen belirtiler ve belirgin psikolojik bozukluklardan ayırt edilmesi gerekir. Hastadaki yetiyitiminin ruhsal belirti ve bozukluklara uyması gerekmez. Yetiyitimi değişik dış ve kişisel etkenlere dayanır. Bunların bir kısmı önce, bir kısmı sonradan ortaya çıkar. Yetiyitimi sosyal tarz içinde ortaya çıkacağından hastanın davranışı geçerli sosyal normlara göre ölçülmelidir. Yalnız sosyal norm kavramı görecelidir. Tüm yaşlar, her iki cins, her sosyal ve kültürel yapı için geçerli bir tek sosyal norm yoktur. Ayrıca yansız, güvenilir ve her bireyin değerlendirilebileceği biçimde esnek tüm sosyal normları içeren bir envanter yoktur. Bun-

dan dolayı saptamalar eğitilmiş görüşmecinin "klinik yargısı"na göre yapılır. Görüşmecinin geçmiş eğitimi ve deneyimi gözlemlerinin aynı cinsten ve aynı sosyokültürel çevredeki "averaj" veya "normal" uyum yapan kişi ile kıyaslayabilmesine olanak sağlayacaktır. Bu yönergedeki açıklamalar ve değişik uyumsuzlukların derecelendirilmesi için konan"bağlantı noktaları"(anchor points) değerlendirmeye yardımcı olmakla birlikte konu ile ilgili eğitimin ve disiplinli yargının yerini alamaz.

Açıklamaların Ana Çizgileri :

Birinci ve ikinci bölümler değişik davranışları içerir. Konu ile ilgili değişik element ve komponentlerle yapılan bu tür sıralamaların tüm sosyal rolleri tanımlayamayacağı açıktır. Bundan dolayı DAS'taki her tanımlama görüşmeci için bir yol gösterici olarak alınmalıdır. Tanımlamalar anahtar kavramları ve derinliğine araştırılması gereken alanları belirler. Görüşmeciye konuya giriş odağı sağlayarak belli bir yetiyitimi konusunda sonuca varması için yol gösterir. Ek olarak, yönerge madde biçimine sokulmuş yorumlar içerir. Bunun amaçları : 1. Ölçek kapsamına alınmış tartışmalı nokta ve açıklamalar konusunda ayrıntılı bilgi verme, 2. Görüşme süresince ortaya çıkabilecek belli sorunlar konusunda pratik önerilerde bulunmaktır. Belli bir derecelendirme patterni ölçeğin maddeleri arasındaki tutarlılığı, görüşmeciler arasındaki uyarlılığı artıracak geçerlilik ve güvenirliğin artması için bir potansiyel oluşturacaktır.

Giriş Başlıklarının Ana Çizgileri :

DAS bir soru listesi olmayıp görüşme çizelgesi olduğundan, görüşme sürecinin biçimi görüşmeci ile bilgi veren arasındaki karşılıklı konuşmadır. Bir yargıya varabilmek için görüşmeci konuşmayı araştırılması gereken alanlara yönlendirmelidir. Bu yolla hasta konusundaki bilgi verenin hasta, onun davranış ve yaşam biçimi konularındaki bilgileri harekete geçirilmiş olur. Bu nedenle her maddede giriş başlıkları vardır.

Derecelendirmenin Genel Kuralları :

Bölüm bir ve ikincide derecelendirme uyum bozukluğunun yoğunluğu ve uyum bozukluğunun sürekliliğine dayanarak yapılır. Bu iki boyut genel derecelendirmeyi oluşturur. Uyum bozukluğu-

nun yoğunluğu "bozukluk yok", "minimum bozukluk", "ağır bozukluk" tan "maksimum bozukluk"a dek değişebilir. Üzerinde durulan zaman boyutu karşıtı belirtilmediğinde geçen bir aydır. Genel olarak değerlendirme aşağıdaki gibi yapılır:

Bozukluk yok (0): Hastanın uyumu normlara uyar.

Minimum bozukluk(1):Normdan sapma kesinlikle vardır. Sapma aile çerçevesinde tutulur. Aile üyelerinde kaygı veya yakınmaya neden olmaz. Aile sapma ile başedebilmek için yeni strateji geliştirmemiştir.

Açık bozukluk(2,3):Sapma hastanın sosyal katılımlarını etkiler. Aile bu sapmanın üstesinden gelebilmek için stratejiler geliştirir. Durum ailece yük olarak hissedilir.

Ağır bozukluk (4): Sapma ailenin çabaları ile kompanse olmaz. Yetiyitimi dolayısı ile hasta sosyal uyaranlardan uzaklaşmıştır.

Maksimum bozukluk (5): Sosyal normların yıkımı kriz noktasına ulaşmış olup hasta için bir eylem ve/veya sosyal müdahale gereklidir.

DAS'ın Birinci Bölümü'nün Açıklamaları

1.1 KENDİNE/BAKMA

Kendine/bakma sosyal norm ve göreneklerle yönlendirilen bir aktivite olarak kabul edilir. Kabul edilebilen standartta kişisel hijyenini, Fizik görünümünü ve uygunluğunu sürdüremeyen hastanın bu durumdan sosyal katılımı etkilenir.

Aşağıdaki noktaları soruşturunuz:

A. Hastanın kişisel hijyenini, fizik sağlığını, yeme içme alışkanlıklarını sürdürmesi ile ilgili aktiviteleri,

B. Hastanın davranış ve görünüşü,

C. Hastanın kişisel eşya ve yaşadığı yeri idaresi,

D. Hastanın kendine bakmadaki yetersizliğine karşı ailenin duyguları ve tepkileri.

Bozukluğun ağırlığını saptarken aşağıdakilerin varlığına bakınız:

- hastanın fizik sağlığını etkileyen durumlar,
- diğer alanlardaki uyumunu etkileyen durumlar,
- ailenin hissettiği yük.

Eğer hastanın kendine bakma biçimi ve düzeyi kendi sosyo kültürel tarzı içinde normal ise bozukluk yok diye derecelendiriniz. Konu ile yeterli düzeyde ilgilenmiş, zaman ve enerji harcamıştır. Eğer hasta hijyen ve görünüşe önem vermeyen(hippiler v.b.) bir alt kültürün üyesi ise ve bu alt kültür bu tür eğilimleri paylaşıyorsa uyum bozukluğu olarak değerlendirilmez.

Minimum bozukluk: Kendine bakım ve görünüşte bozukluk vardır. Örneğin beklendiği kadar yıkanmaz, traş olmaz, giysilerini ve çamaşırlarını değiştirmez. Her zaman bir örnek yazılmalıdır. Kendine bakımdaki düşüş fizik sağlığına ters bir etki yapmaz, başkaları bu durumdan utanç duymaz, aile içinde kaygı konusu olmaz.

Açık bozukluk : Hasta açısından kendine bakımda ilgi yokluğu vardır (yıkanmanın yaşam için ters olduğunu önesürer).Bunun yanısıra fizik sağlık ve uygunlukta(fittness) orta derecede yıkım vardır. Örneğin şişmanlık, diş çürükleri, hastanın diğer kişiler üzerinde olumsuz etki bıraktığı izlenimi(sofra adabından dolayı). Aile üyeleri duygusal olarak durumla ilgilenir(yakınırlar) veya durumun üstesinden gelecek strateji geliştirirler(hastanın annesi çamaşırlarını değiştirir).

Ağır bozukluk : Hastanın kendine bakımı sonuçta onun sosyal uyumunu bozacak kadar kritikleşmiştir(yırtık çamaşırlar giyer, zorlanırsa yıkanır, söylenirse yer v.b.). Fizik sağlığa yönelik tehlikelerin varlığı söz konusu olabilir(beslenme bozukluğu, enfeksiyon, bit). Sosyal yönden grup dışında tutulur(başka kişiler aralarına kabul etmezler), ailede karışıklık vardır (çevresel tartışmalar). Aile çaresizliğini ve üstesinden gelemediklerini anlatabilir(hastaya nasıl yaklaşacaklarını bilmezler).

Maksimum bozukluk : Hasta yönünden kendine bakımda tümden yokluk sözkonusudur(kendisini pisliğe terkeder). Bakım verilmediği takdirde fizik yönden yaşamı tehlikededir(beslenmesi, yıkanması ve tuvalete götürülmesi gerekir).

1.2. BOŞ/ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Burada iş, okul ve ev dışındaki aktiviteler gözönüne alınır (kitap okuma, televizyon izleme, gezmeğe gitme, hobiler spor ve sosyal yaşamın başka aktiviteleri).

Aşağıdaki noktaları gözönüne alınız:

i. Aktivitenin sosyal yönden kabullenilip, edilmediği, kişi için taşıdığı anlam (hastaya yeni birşey öğretmesi, veya dinlenmesine yararı olması),

ii. Yapılırken hasta tarafından ortaya konulan dürtü ve enerjinin spontan oluşu,

iii. Duygusal doyum açısından hastanın ilgisi,

iv. Aktiviteleri arasında ilişki, geciktirebilmek ve kendine uydurma açılarından uygunluk araştırılmalıdır.

Örnek : Kişi ilgilendiği programı seçerek televizyonu izliyorsa bu anlamlıdır. Beğendiği programı tam zamanında izliyorsa bu spontandır. Televizyonu yemek, yatak zamanı veya eve konuklar geldiğinde kapatıyorsa bu uygunluktur, izlediği veya izlemediği zaman uygun yorumlar yapması ilgisini gösterir.

Görüşmeci, aşağıdaki konuları da değmelidir:

A. Hastanın boş zamanında bağlandığı aktiviteler,

B. Hastanın boş zamanını geçirmek için aktivitelerini planlayışı ve düzene sokuşu,

C. Hastanın aktivitelerini uygulayışı(başlama, ilgi, bitirme, esneklik v.b.),

D. Hastanın zamanını uygun olmayan biçimde doldurmasına ailenin tepki ve duyguları,

Uyum bozukluğunun yoğunluğunun saptanmasında aşağıdakilerin varlığına bakılır :

- hasta tarafından yapılan sistematik bir biçimde zaman harcaması,
- başka alanlarda sosyal uyumla ilgili olumsuz sonuçlar,
- aile tarafından hissedilen yük.

Bozukluk yok : Hasta kendisi boş zamanını denetim ve destek olmaksızın yeterli ölçüde uğraşarak ve aktif olarak doldurmuyorsa bozukluk yok diye derecelendirilir.

Minimum bozukluk : Boş zaman aktivitesinde azalma veya amaçsız aktivite söz konusudur. Örneğin/hasta günde en fazla iki saatini boş boşuna geçirir. Zamanını doldurmak amacıyla yaptığı planları değiştirir, güvenilmeyen planlar yapar, Hastanın boş zamanını geçirişi aile tarafından kabul edilir, bu durumdan yakınılmaz, ters bir sonuç söz konusu değildir ve kişiyi denetlemek için bir adım atılmamıştır.

Açık bozukluk : Boş zaman aktiviteleri hem yetersiz, hem kısıtlıdır. Bunun yanısıra bu aktiviteler aile tarafından anlamsız olarak yorumlanır (delicesine kitap okuma). Spontanite kaybı vardır (günde 2/4 saatini boş geçirir). Aktivitede uygunsuzluk görülür. Kendi planlarını başkalarınınkine uydurmaz, gelip geçici istekleri için yaşam açısından önemli sayılacak şeyleri ihmal eder, İlgi eksikliği vardır(yaptıklarından hoşlanmaz, zamanını geçirmesine karşı umursamazdır). Hastanın boş zamanlarında yaptikları aile içinde kaygı kaynağı olur, aile bireyleri onu destekleme ve denetleme gereği duyarlar.

Ağır bozukluk: Boş zaman aktivitelerinde belirgin düşüş vardır(yeme, giyinme ve uyuma dışında gün boyu çok az şey yapar), aktivitelerin içeriği boştur(amaçsız dolaşma, bir kahvede oturma, televizyonun önünde onu izlemeksizin oturma) veya kişisel patolojisine uygun davranışlar yapar(Papa'ya mektup yazma, kapılara kilit takma). Ailenin çabalarına karşın hastayı aile yaşantısı ile bütünleştirmeye olanak yoktur.

Maksimum bozukluk: Gün boyu hiçbirşey yapmaz ve temel gereksinmeler için bile zorlanmalıdır. Girişkenliğin tümden yitimi söz konusudur.

1.3. YAVAŞLIK

Yavaşlık hastanın beden hareketlerinin ve/veya ruhsal süreçlerinin karekteristiği veya sosyal uyaranlara yanıt verirken uyumda ortaya çıkan yetersizlik durumu diye tanımlanabilir. Bazan sürekli bir özellik olmayabilir, zaman zaman görülebilir. Başka bozukluklar olmadığı ve yanlız yavaşlık olan durumlarda tek başına kolaylıkla sosyal uyumunu etkileyebilir. Harekette hızlanma seyrek olarak sosyal uyumu etkiler. Bu ölçekte hızlanma sosyal yetiyitimi açısından ayrı bir boyut olarak alınmamıştır. Yavaşlık ve hızlanma birlikte derecelendirilir.

Görüşmeci aşağıdaki noktaları soruşturmalıdır :

A. Günlük aktiviteler sırasında yavaşlık ve/veya hızlanmanın varlığı,

B. Hastanın ruhsal güç ve canlılığı,

C. Hastanın performans hızının tutarlılığı,

D. Ailenin hastanın yavaşlığı ile ilgili duygu ve tepkisi,

Yavaşlığa bağlı bozukluğun derecelendirilmesinde görüşmeci aşağıdakilerin varlığını araştırmalıdır.

i. Hastanın uyumunu etkileyen yavaşlık,

ii. Bu yavaşlığın hastanın sosyal katılımına olumsuz etkileri,

iii. Ailenin hissettiği yük.

Bozukluk yok : Hastanın hareket, ruhsal süreç ve günlük aktivitelerinin hızı normal veya hızlanmış ise bozukluk yok diye derecelendirilir.

Minimum bozukluk : Hareket, düşünme ve yanıtlamada hafif yavaşlama vardır, "başlamada yavaşlık", "güçsüzlük" gibi tanımlamalar yeterli olarak kabul edilmez. Belirgin örnek yazılmalıdır (geçen gün iki saatte giyindi gibi). Yavaşlık bu düzeyde iken, hastanın başka aktivite ve rollerini engellemez. Aile üyelerinin biraz desteği olmakla birlikte kaygı genellikle yoktur.

Açık bozukluk : Hareket, performans veya düşünce hızındaki yavaşlama hastanın günlük işleri yapma ve aile bireylerine

ayak uydurulmasını etkilemeye başlar (odasını anne temizler, çünkü hastanın temizlemesi günler alır, hafta sonu aile ile birlikte olması istenmez, çünkü buna katılması için en az hafta sonunun yarı süresince düşünecektir). Aile yavaşlığı yük olarak hissetmekte, üstesinden gelmek için yeni adımlar atmaktadır (aktivitelere katılıp katılmayacağı sorulmamakta, konu ile ilgili bilgi verilip katılması söylenmektedir).

Ağır bozukluk : Yavaşlık hastanın günlük rutinlerini önemli ölçüde etkilemeye başlar(giyinmesi için bile çok zorlanması gerekir, yemek saatlerinde aile ile birlikte olması beklenmez, ev işlerine katkısı hiç yoktur, konuşmalara katılması için çaba göstermez, hiç bir konuda yorumu yoktur).

Maksimum bozukluk: Saatler boyu hiçbir hareket yoktur. Günlük yaşamla ilgili bir iki aktivite dışında hiç birşey yapmaz.

1.4. İLETİŞİM

İnsanlardan sakınma, iletişim yeteneğinin eksikliği ve daralmış sosyal bağlar birbirini pekiştirir. Sosyal çekilmenin saptanması için iletişime isteklilik, sosyal ilişkilerin miktarı, iletişim yeteneği gözönüne alınmalıdır. Hastanın iletişim düzeyi değişken olabilir. İlişkilerde çekilme dönemlerini normal dönemler izleyebilir. Aynı zamanda belli kişilerden sakınma sözkonusu olabilir. Bunun yanısıra kişiye en yakın olanların en son sakınılacak kişiler olmayabileceğide unutulmamalıdır.

Görüşmeci aşağıdaki noktaları soruşturmalıdır :

A. Hastanın aile içindeki sözel iletişimi(arkadaş ve resmi konuklarla olanları da içeren),

B. Başkalarının yanında bulunmaktan kaçınma,

C. Konuşma yeteneği, girişkenlik, konuşmayı başlatıp sürdürebilme ve tamamlayabilme, soru sorma, başkaları ile ilgilenme v.b. ,

D. Ailenin hastanın sosyal çekilmesi ile ilgili tepki ve duyguları.

Bozukluğun ağırlığının saptanmasında görüşmeci aşağıdakilerin varlığını gözönüne almalıdır :

- sosyal roller dahil olmak üzere başka alanlardaki otonom uyumu etkileyen sosyal çekilme,
- hastanın sosyal katılımını etkileyen olumsuz sonuçlar,
- ailenin hissettiği yük.

Bozukluk yok : Hasta kendi sosyokültürel çevresinden beklenildiği kadar başkaları ile konuşur, aralarına karışır.Genel olarak onlarla etkileşimi vardır. Başkalarından kaçınma yoktur.

Minimum bozukluk : Hasta sosyal durumlarda sessiz ve katıdır. İletişim yeteneğinin düşüş gösterdiği sosyal durum örnekle yazılmalıdır(yabancılar veya kızlarla tanışma v.b.).Sosyal anksiyete belirtileri vardır, ama izolasyon veya ailede kaygı yoktur.

Açık bozukluk : Sosyal ilişki ve/veya konuşma yetenekleri daralmıştır. Ailenin ilişkileri dışında bağımsız bir sosyal yaşamı yoktur(konuşmayı yürütemez). Sosyal anksiyete vardır. İletişimdeki zayıflık başka sosyal rolleri de etkiler(ev içinde işlere katılmaz) ve/veya çevrede sıkıntı yaratır. Aile kaygılanır ve/veya hastanın sosyal ilişkileri konusunda sorumluluk alır.

Ağır bozukluk : Aktif olarak ilişkiden kaçınma vardır (konuklar gelince odayı terkeder, kimseye yanaşmaz, kapı çalındığında gidip açmaz). Kaçınamadığı durumlarda sözel konuşma en alt düzeydedir(yanıtları yalnız evet veya hayır biçimindedir). Sosyal katılma çok azalmıştır.

Maksimum bozukluk: Hasta ulaşılamaz diye tanımlanır(soru sorulduğunda dönüp bakmaz bile). Kendini odasına kilitler, kimse ile ilişki kurmaksızın, amaçsız dolaşır.

DAS'ın İkinci Bölümü'nün Açıklamaları

2.1. AİLE YAŞANTISINA VE EVİŞLERİNE KATILMA

Hastanın aile yaşantısı ve bu yaşantıya ayak uydurması konularında bilgi alınmalıdır. Öncelikle hastanın bir aile

üyesi olarak fonksiyon ve görevleri gözönüne alınmalıdır. Roller (ev hanımı, baba, oğul, kız v.b.) aile yapısına bağlı olarak değişik olabilir. Hastanın aile yapısına uyması, içişlerine ve kararlara katılması önemlidir. Birlikte gezmeye gitme, yemek yeme, oyun oynama araştırılmalıdır. Hastanın aile yaşamına katılması ile ilgili ikinci yön aile içindeki pozisyonudur("rahatlatan", "eğlendiren", "öğüt veren", "güven veren" v.b.). Bu yetilerdeki düşüş orta düzeydeki bozukluklarda görülür.

Görüşmeci aşağıdakileri soruşturmalıdır:

A. Ailenin varolan bir sosyal grup olarak devamı için hastanın üstlendiği fonksiyon ve görevler(üstlenilen formel sosyal roller, grup üyesi olarak üstlendiği pozisyonlar),

B. Aile içinde hastanın rollerini ve beklentileri tatmindeki tarzı,

C. Aile ile ilgili konularda, aktif ilgi, aileyi duygusal destek ve danışma kaynağı olarak kullanması,

D. Hastanın aile yaşantısına katılımına ailenin tepki ve duyguları.

Bozukluğun ağırlığı için görüşmeci aşağıdakileri gözönüne almalıdır.

- hastanın aile yaşantısına katılımındaki azalma,
- hastanın sosyal uyumunda, başka alanlarda bu nedenlerle ortaya çıkan olumsuz sonuçlar,
- ailenin bütünlüğünün tehdit altında oluşu, aile tarafından bozukluk nedeni ile hissedilen yük.

Bozukluk yok : Hasta yaşından, cinsinden, aile içindeki yerinden ve sosyokültürel tarz içinde beklenildiği kadar aile yaşantısına katılır.

Minimum bozukluk : Hasta aile yaşantısından biraz uzaklaşmıştır. Grupun pasif bir üyesidir. Aile ile ilgili konulara katkısı yoktur, beklenen konuğu en sonra o duyar, planlamalara katılmaz. Belirgin örnek yazılmalıdır. Hasta aileden duygusal yönden uzaktır. Kişisel sorunlarını aile ile paylaşmaz, sempati

göstermez. Ama ailede kaygı yoktur.

Açık bozukluk : Hastanın aile fonksiyonlarına katılması yetersiz ve eksiktir. Aile kararlarına yapıcı katkısı yoktur. Erişilmezliği, uzaklığı, ters tutumu kızgınlık yaratır. Kimseye öğüt vermez, ilgi ve duygudan yoksundur. Aile üyeleri kişisel işlerine hastayı sokmaktan kaçınırlar. Aile durumdan yakınır ve kızar.

Ağır bozukluk : Hastanın aileye katılması ailenin düzenine hiç uymaz(açıkça herşeye karşı çıkar ve aile yaşantısını bozar). Ailenin kabullenemeyeceği ilişkileri vardır. Hasta ailenin kaldıramayacaklarını kabullenmelerini ister(içki içme, küçük çocukları rahatsız etme, cinsel yaşamı v.b.).

Maksimum bozukluk : Hasta tümü ile aile rutinlerinden uzaklaşmıştır (artık aile içinde değildir).

2.2. EVLİLİK İLİŞKİSİ :AFFEKTİF

Görüşmeci her bilgi kaynağını kullanarak evlilik bağı konusunda tam bilgi almaya çalışmalıdır. Evlilik rolü konusunda hastanın performansı gözönüne alındığında görüşmeci son zamanlarda olan, stress yaratan olaylar nedeni ile hastanın eşinin evlilik sorunlarını abartabileceğini bilmelidir. Kişilerin önyargıları sonucu etkileyebilir. Kültüre bağlı karı ve koca rollerinde farklılıklar ve evlilik ilişkisinde normların sosyal değişebilirliği gözönüne alınmalıdır.

Görüşmeci aşağıdakileri soruşturmalıdır :

A. Hastanın eşi ile tartışıp paylaştığı alanlar,

B. Hastanın duygusal iletişimi ve ilgisi,

C. Hastanın eşine karşı destek kaynağı olup olmadığı,

D. Eşinin, hastanın evlilik rolü performansı ile ilgili olarak duygu ve tepkileri.

Bozukluğun ağırlığını saptarken görüşmeci aşağıdakilerin varlığını gözönüne almalıdır :

- hasta ile eşi arasında iletişim alanlarında azalma, olumsuz etkileri,

- başka sosyal alanlara hastanın aile ilişkisinin olumsuz etkileri,

- evliliğin devamına yönelik bir tehdit veya eşin hissettiği yük.

Bozukluk yok : Hastanın eşi ile ilişkisi yaşı, cinsi ve sosyokültürel tarzına uygun olarak "normal" diye görülür.

Minimum bozukluk : Hasta eşinden biraz uzak ve ilgisizdir (eşi ile günlük "dedikodu"ya katılmaz, daha az konuşur, kısa yanıtlar verir, öncekine kıyasla eşi ile daha az ilgilenir ve duygularını daha az belli eder).Hastanın eşi değişikliği kaygı kaynağı olarak görmez ve değişikliklere bağlı olumsuz sonuç yoktur.

Açık bozukluk: Eşler arasında iletişim yoktur(hastanın gizlediği şeyler vardır, eşine bilgi vermeye gerek görmez,eşinden akıl danışmaz, duygularını belli etmez). Hastanın eşinin yakın ilişkisi konusunda ısrarı ile veya ortada hiçbir neden yokken öfke patlamaları veya kavgalar çıkabilir.Hasta artık bir destek kaynağı olarak görülmez(eşi onunla alay eder). Evliliğin geleceği konusunda kaygı ve irritasyon vardır.

Ağır bozukluk : Hastanın evlilik ilişkisindeki katılımı büyük ölçüde yetersizdir. İletişimde paylaşılan alan yoktur. Şiddet ve hostil patlamalar vardır. Evliliğin içeriği boş diye anlatılır. Boşanma olasılığı sözkonusudur.

Maksimum bozukluk : Hastanın tehlikeli olabileceğinden korkulur. Eşi hastadan korkar, ayrılmanın gereğinden sözeder (hastaneye yatırma, evden ayırma) veya bunu gerçekleştirir.

2.3. EVLİLİK İLİŞKİSİ: CİNSEL

Hastanın eşine gösterdiği cinsel ilgi: ilişki konusunda istekleri ve karşı tarafın isteklerine verdiği tepkiye bağlıdır. Bu alanda yargıya çiftin oluşturduğu tarza göre varılır. Hastanın cinsel ilişki ile ilgisi, bu işten zevk alması ve eşini doyurmak için uğraşısı ile ölçülür. Eşin doyumu ve hastanın cinsel performansı ile ilgisi önemlidir. Görüşmeci cinsel ilişkinin oluşu ve doyum konularını araştırmalıdır.

Bozukluğun ağırlığının saptanmasında görüşmeci aşağıdakilerin varlığını gözönüne almalıdır:

- hastanın evlilik cinsel ilişkilerindeki bozukluk,
- eşin hissettiği psikolojik yük,
- evliliğin devamını etkileyebilecek olumsuz sonuçlar.

Bozukluk yok : Geçen ay süresince cinsel ilişki, hastanın ilgi ve uğraşısı vardır.

Minimum bozukluk : Karı/koca arasında psikoseksüel sorunlar vardır. Hastanın cinsel isteği azalmıştır. Zevk alamama söz konusudur. Erken boşalma, frijidite veya seyrek empotans varolabilir. Hastanın eşi cinsel ilişkiyi daha az doyum sağlıyor diye anlatmakla birlikte, durumdan kaygı duymamaktadır.

Açık bozukluk : Hastanın cinsel ilgisi belirgin bir biçimde azalmıştır. İlişkiler çiftin alıştığı tarzdan sapma göstermektedir (eşin kabul edemeyeceği kadar sık istek, eşin duygu ve zevkini gözönüne almama). Eş ilişkiyi düzeltmek için uğraşır ama hastanın ilgi ve ilişkileri konularında kaygılıdır.

Ağır bozukluk : Yetersiz cinsel ilişki evlilikte gerginliğe neden olur, başka rollerin performansını bozar. Hastanın isteksizliğine bağlı olarak cinsel ilişki hiç yoktur. İlişki yokluğu uygunsuz istekleri eşin yanıtlayamamasına da bağlı olabilir. Ailenin başka üyeleri ve dışardan kişiler cinsel soruna karışırlar.

Maksimum bozukluk: Hastanın cinsel patterni tümü ile sapma gösterir (eşi hastanın cinsel davranışını büyük ölçüde anormal, tehdit edici olarak görür, ayrılmayı düşünür).

2.4. ANA/BABA ROLÜ

Öncelikle hastanın çocuk bakımı ile ilgili sorumluluğu ve performansı gözönüne alınmalıdır. Hastanın evdeki pozisyonu, çocukların yaşı ve ailenin çocuk bakım tarzı yargıda etkili olmalıdır. Hastanın çocukların yaşam ve yetiştirilmelerine olan ilgisi genellikle onlara verdiği zamanı yansıtır.

Gözönüne alınması gereken başka bir nokta ise hastanın çocuklarına yaklaşımındaki yeteneğidir. Fazla ilginin üstün yetenek anlamına gelmediği açıktır. Yargı anlatılan gerçek olaylara dayanmalıdır (çocuklar hastadan kaçınır veya duygusal yönden rahatsızdırlar).

Görüşmeci aşağıdakileri soruşturmalıdır :

A. Çocukların sağlık ve güvenliğini güvence altına almak için hastanın yaptıkları,

B. Aradaki ilişkinin yakınlığı, duygusal alışveriş ve iyilik ve gelecekleri için gösterilen ilgi,

C. Ana/baba rolünün kötü kullanımı ve bunun çocuklar üzerinde aksi sonuçları,

D. Hastanın ana/baba rolüne karşı eşinin duygu ve tepkileri.

Bozukluğun ağırlığının saptanmasında görüşmeci aşağıdakilerin varlığına bakmalıdır :

- hastanın ana/baba rolünün performansındaki yetersizlik,
- çocukların bedensel ve ruhsal sağlığına yönelik tehlike,
- çocuklara gelebilecek bir zararı önlemek için dıştan alınan önlemler(yakın akraba, kuruluş v.b.) eşin veya aile üyelerinin hissettiği yük.

Bozukluk Yok : Hasta çocuk bakımına katılır, ilgilenir ve yeteneği vardır(sosyokültürel ölçüleri içinde).

Minimum bozukluk: Hastanın günlük çocuk yetiştirilmesi ile ilgili konularda sorunları vardır(ilgisizlik dönemleri, unutkanlıklar, gerginlik v.b.). Örnek yazılmalıdır. Okul çağından büyük çocuklar için duygusal uzaklaşma sözkonusudur. Ama bu değişiklikler eş tarafından çocuklar için zararlı olarak görülmemekte veya kaygı nedeni olmamaktadır.

Açık bozukluk : Hastanın ana/baba rolünde belirgin düşme sözkonusudur. Bu azalan ilginin sonucu olabilir. Örneğin:baba (hasta) çocukları gereksinmeleri için rutin olarak anneye gönderir, anne(hasta) yemek yapamaz, baba bu görevi üstlenir. Daha

büyük çocuklar gözönüne alındığında hastanın onların terbiyesi için yaklaşımı, gereksinmelerini karşılamadaki yaklaşımı bozulur ve bu durum eş tarafından kaygı ile karşılanır. Anlaşılan olaylar kaydedilmelidir.

Ağır bozukluk : Hastanın çocukla ilgili hiçbir aktivitesi yoktur. Çocuk yetiştirilmesine katkıda bulunmaz. Ana/baba fonksiyonları eş, arkadaş veya akrabalar tarafından üstlenilir. Küçük çocuklar için hastaya yalnız başına güvenilmez. Daha büyük çocuklar için hasta ailenin dışındadır(gereksinmelerine yanıt vermesi beklenmez).

Maksimum bozukluk : Hasta ile çocukların bir çatı altında yaşamasının çocuklar açısından zararı vardır. Bu durum hastanın ilgisizliği kadar çocuklara karşı gösterdiği anormal davranış , açık kızgınlık ve şiddete bağlı olabilir.

2.5. HETEROSEKSÜEL İLİŞKİ

Bu bölüm evli olmayan veya sürekli olarak karşı cinsten birisi ile yaşamayanlar için doldurulur. Yargı uygun sosyokültürel normlara göre yapılmalıdır. Duygusal ve cinsel ilişki gözönüne alınır.

Görüşmeci aşağıdakileri soruşturmalıdır :

A. Hastanın heteroseksüel aktivitelerinin genişliği,

B. Karşı cinsten olanlarla tanışmak için girişim ve yeteneği,

C. Hastanın gelecekteki bir evlilikle ilgili düşünce ve planları,

D. Hastanın heteroseksüel aktiviteleri için ailenin duygu ve düşünceleri,

Bozukluğun ağırlığı için görüşmeci aşağıdakilerin varlığına bakmalıdır :

- hastanın karşı cinse ilgi ve yetisinde yetersizlik,
- oluşabilecek kötü sonuçlar,
- ailenin hissettiği psikolojik ve sosyal yük,

Bozukluk yok : Hastanın karşı cinsten bir kişi ile yaşına ve sosyokültürel düzeyine uyan ilişkileri vardır.

Minimum bozukluk : Hasta karşı cinsten birisi ile yakın bir ilişki kurmak için ilgi ve girişimde bulunmuş, ama gerekli sosyal yeteneklerde eksiklik sözkonusudur. Hastanın kendine güvenemediği anlatılır. Potansiyel eşe karşı yaklaşımında veya kurulan bir ilişkiyi sürdürmede eksiklik söz konusudur. Ama aile hastanın yaklaşımını tümü ile gerçekçi olarak görür ve evliliği ile ilgili konularda kaygı duymaz.

Açık bozukluk : Hastanın cinsel ilişkiye ilgisi vardır ama stratejisi gerçek dışıdır (film yıldızlarına veya tanımadığı kızlara mektuplar yazar). Hastanın yakın ilişki kuramamadaki yetersizliğinin bilincinde olduğu açıktır(olanaklar doğduğunda karşı cinsle çıkmamak için bir neden bulur). Ailenin durumu değerlendirmesi tümü ile kötümserdir (gelecekle ilgili kuşkulardan dolayı). Kendi seçtikleri uygun bir gençle hastayı tanıştırma girişimi olabilir.

Ağır bozukluk : Hastanın cinsel ilgisi kendi kültürünün beklentilerine uygun bir biçimde toplumsallaşmamıştır. Heteroseksüel ilişki kurma konusunda yabancılaşması sözkonusudur. Durumu aile kabullenir ve hastalığa bağlar. Hastanın karşı cinse davranışı hemen hemen yoktur. Heteroseksüel ilişki yüzeyel, seçimsiz, rasgele, yakınlaşma olmaksızın diye tanımlanır. Konu aile içinde huzursuzluk kaynağıdır.

Maksimum bozukluk : Heteroseksüel ilişki patterni tümü ile bozulmuştur (hasta karşı cinsle birarada olmaktan kaçınır, onlara düşmanlık gösterir veya karşı cinsle sapmış antisosyal ilişkisi vardır).

2.6. EVDIŞI SOSYAL İLİŞKİLER: SÜRTÜŞME

Görüşmeci aşağıdakileri soruşturmalıdır :

A. Hastanın aile dışındaki kişilere yanıt veriş biçimi, onlara isteklerini bildirme biçimi,

B. Başkaları ile birlikte olduğunda kişisel tutumu (arkadaşlar, otobüsteki kişiler, sınıf arkadaşları),

C. Aile dışında hoşlanmadığı kişilere tutumu,

D. Sürtüşmeye karşı ailenin tepki ve duyguları.

Bozukluğun ağırlığını saptarken aşağıdakilerin varlığını araştırınız:

- hasta tarafında : sosyal durumlarda işbirliği eksikliği,
- hastanın sosyal fonksiyonuna olumsuz etki(kısıtlı sosyal bütünleşme),
- aile tarafından hissedilen ruhsal veya sosyal yük.

Bozukluk yok : Hasta başkaları ile iyi geçinir ve kişilerarası ilişkide sürtüşme yoktur.

Minimum bozukluk : Hastanın ilk tepkileri tartışan ve karşı çıkan biçimdedir. Tartışmış olmak için tartıştığı anlatılır. Aile durumdan kaygılanmaz.

Açık bozukluk : Hasta kavgacı veya işbirliği yapmaz diye tanımlanır. Sosyal eksikliğine bağlı olarak ayrıcalıklı davranılır. Başkaları onunla alay edebilir. Karşıdakiler anlayış göstermezse olumsuz sonuçlar doğar. Aile devreye girer.

Ağır bozukluk : Kavgacılık ve düşmanlık çok belirgindir. Ailede ağır sıkıntı sözkonusudur. Hastanın davranışı nedeni ile saygınlıklarını yitirdiklerinden bahsederler. Hasta sosyal çevrenin dışında tutulur (herkes ondan kaçınır, kahveye sokulmaz). Başkalarının yaşamını tehdit yoktur.

Maksimum bozukluk: Hasta bir veya birkaç kişinin yaşamını tehdit eder. Polis devreye girebilir, zorla hastaneye yatırma vardır. Aile olası kötü sonuçlardan korkar.

2.7. İŞ ROLÜ : İŞ PERFORMANSI

Dikkat ediniz 1. Bu madde yaşamları süresince hiç işe girmemiş veya işlerini bırakmış kişiler için geçerli değildir (geçen ay öncesi veya geçen ay süresince ruhsal rahatsızlıklar hariç). Ev hanımları, fizik yetiyitimi olanlar, kazanılmamış geliri olanlar. Bu tür durumları 9 olarak derecelendiriniz. Bu kuralın tek istisnası işe girebilecek yaşta olan öğrencilerdir.Bunların okul performansı iş rolü olarak alınıp uygun biçimde derecelendirilir.

2. Ruhsal rahatsızlık nedeni ile hiçbir işte çalışmamış kişiler(yetiyitimi, işe girebilecek yaştan önce gelişmiştir), işini kaybeden kişiler (ruhsal rahatsızlık nedeni ile işine son verilenler) 8 olarak derecelendirilir.

3. İşe girebilecek yaşta olan öğrencilerden geçtiğimiz ay içinde okulu bırakanlar ruhsal rahatsızlık nedeni ile işe başlamayanlar 8 olarak derecelendirilir.

Görüşmeci aşağıdakileri soruşturmalıdır :

A. Hastanın iş disiplinine uyumu,
B. İş rolünü sürdürmede motivasyonu,
C. Ailenin ekmek parasını kazanan kişi olarak güvenirliği,
D. Hastanın iş performansına karşı ailenin duygu ve tepkileri.

Bozukluğun ağırlığını derecelendirirken görüşmeci aşağıdakilerin varlığına bakmalıdır :

- hastanın iş pefformansında düşme,
- hasta için ters sosyal sonuçlar(sosyal statüde düşüş, sosyal izolasyon) ,
- aile tarafından hissedilen psikolojik ve sosyal yük.

Bozukluk yok : Eğer hasta işine düzenli gider, verimi ve performans kalitesi bu işten beklenen sınırlarda ise, bozukluk yok diye derecelendiriniz.

Minimum bozukluk : Hastanın iş rutini , sürdürmesinde düşme vardır. İ in günlük gereklerini karşılayamaz. Hasta yapamadığından yakınır, işe doyduğunu söyleyebilir veya iş performansından hoşnut değildir. Çok çalışmış, tükenmiş bir hali vardır. Aile işe uyumu konusunda kaygılıdır.

Açık bozukluk : Hastanın iş rolü ve iş performansı konularında ilgisizliği vardır. İşe geç gelir, belirgin bir neden olmaksızın bir veya iki gün gelmez, işi erken bırakır, güvenli bir çalışan olarak algılanmaz(işte eleştirilir veya eşine haber verilir).Aile duruma karışır (hastayı sabahları zorlar, konuyu hastayla tartışır, parasal güçlükler görülür).

Ağır bozukluk : İşe eğilimi ve iş performansında oldukça fazla düşüş vardır. İşte karıştırıcıdır(üretken değildir ve diğer arkadaşlarının da çalışmalarına karışır). Devamlı işe gitme konusunda isteksizdir. İş yerinde veya evde başkalarının beklentilerini paylaşamaz. İşine son verilme olasılığı vardır. Ailenin duygusal ve parasal güçlükleri vardır.

Maksimum bozukluk: İş performansındaki bozukluk hastanın işinin sonlandırılmasına veya rapor almasına neden olmuştur.

2.8. İŞ ROLÜ:İLGİ

Bir kişinin sosyal katılımının temel standardı olarak modern toplumlarda yeterli kazanç sağlaması kabullenilmektedir. İşsiz olmak aynı zamanda iş arama anlamına gelir(öğrenci veya ev hanımı değilse). Hastanın iş arama rolü ile ilgili eğilim, yeti ve aktiviteleri burada gözönüne alınmalıdır.

Görüşmeci aşağıdakileri soruşturmalıdır :

A. Hastanın bir iş edinme veya işe dönme konusunda plan ve stratejileri,

B. Bir işe girme veya işe geri dönme konularında hastanın attığı adımlar,

C. Kendi iş ortamını bulabilmek için hastanın gösterdiği etkinlik ve yetenek,

D. Hastanın iş edinme ilgisine karşı ailenin gösterdiği duygu ve tepkiler.

Bozukluğun ağırlığını saptarken, aşağıdakilerin varlığı göz önüne alınmalıdır :

- hastanın iş arama rolü performansındaki yetersizlik ,
- işsizliğin olumsuz sosyal sonuçları(fırsatların kaybı, başka rollerde bozulma).

Bozukluk yok : Hastanın bir işe girme veya işe geri dönme konularında eğilim ve planları gerçekçidir. Geçen ay boyunca adım atmıştır.

Minimum bozukluk : İşe girme konusunda ilgisi vardır ve

planlar yapar. Pratik girişimi tatminkar ve akla yatkın değildir. İşe dönmeyi sürekli erteleme eğilimindedir. Aile tümü ile iyimserdir ve kaygılanmak için bir neden görmez.

Açık bozukluk : İşe girme veya işe dönme konularında girişkenlik yitimi vardır. Hasta işe gitme düşüncesini kabullenmekte fakat bir türlü gitmemektedir. Hasta bu nedenle toplumla bağlantı ve ilişkisini yitirebilir.

Ağır bozukluk : Yoğun ilgi yitimi ve soruna yaklaşımda yetersizlik vardır. İşe gitme konusunda hiç düşünmez, sosyal saygınlığında azalma söz konusudur. Akrabalar işe döneceğine inanmazlar. Günboyu boş dolaşır.

Maksimum bozukluk : Hasta çalışma fikrini reddeder. Çalışması gerektiği biçimindeki önerilere karşı hostildir.

2.9. İLGİ VE BİLGİ EDİNME

Yerel ve dünya olayları karşısında bilgi sahibi olmanın, kişinin sosyal katılımına önemli etkileri vardır. Görüşmeci aşağıdakileri soruşturmalıdır:

A. Hastanın çevresinde olup biteni bilmek için sarfettiği çaba,

B. Bu aktivitelerdeki uğraşısı ve eve getirdiği yeni bilgilerin miktarı,

C. Hastanın günlük yaşamın kurallarına uyumu,

D. İlgi yitimine bağlı ailenin duygu ve tepkileri.

Bozukluğun derecesinin saptanmasında görüşmeci aşağıdakilerin varlığını göz önüne almalıdır:

- ilgi yitimi, etrafında olan bitenden haberdar edilmesi gerekir,
- olumsuz sonuçlar,
- ailenin hissettiği psikolojik yük.

Bozukluk yok : Eğer hasta yerel ve dünya olaylarına karşı ilgi gösteriyor, bilgi edinmek için uğraşıyorsa, bozukluk yok diye derecelendirilir.

Minimum bozukluk : Hastanın bilgi edinmek için harcadığı çabada azalma vardır. Arkadaş, komşu ve akrabaları ile daha az ilgilenir. Daha çok kendine dönmüştür. Sanki başka bir dünyadadır. Aile kaygılanmak için bir neden görmez.

Açık Bozukluk : Hastanın spontan ilgisinde azalma söz konusudur. Kiraların çıktığından haberi yoktur. Sosyal güvenliğinin ne olduğu ile ilgilenmez. Akrabalar hakkında dedikodu yapmaz. Komşuları ile ilgilenmez. Eve hiç haber getirmez. Aile,hastanın dış dünyadan uzaklaşmasının olumsuz sonuçlarının bilincindedir. Aile bu durumda hasta ile duygusal olarak ilgilenir ve strateji geliştirir (hasta için gazete almaya başlarlar).

Ağır bozukluk : Hastanın ilgi yitimi kritik biçimde bozulmuştur. Bilgi edinmek için hiçbir çaba göstermez. Verilmeye çalışıldığında tepkisi olmaz. İzolasyon söz konusudur. Aile hastaya bilgi verme konusundaki çabalarına son verir.

Maksimum bozukluk : Hastanın hiç bir şeyden haberi yokturr ve dezentegredir. Günü ve ayı bilmez. Sosyal yönden tümüyle yabancılaşmıştır.

2.10. KRİZ DURUMLARINA TEPKİ

Görüşmeci hastanın aile tarafından değerlendirilişini saptamaya çalışmalıdır (güvenirlik, inanırlık, sorumluluk uyumluluk).

Aşağıdakilere benzer durumları soruşturunuz :

Halının üzerine düşen yanan kibrit, evde kaza veya hastalık olduğunda doktorla ilişki, gaz veya su musluğuna açıpkapama, bir haberi iletme ve benzeri. Hastanın duruma tepkisini, hızını, uygunluğunu ve tepkilerinin etkinliğini araştırınız.

Bozukluğun ağırlığının saptanmasında aşağıdakileri göz önüne alınırız

- Hastanın kaza durumlarında izlediği yola bağlı olarak kendi veya yakınlarının güvenliğinin tehdidi,
- Hasta için olumsuz sosyal sonuçlar(güvenilmez, denetim gerekir),

- Aile üzerindeki psikolojik yük(bunaltı ve güvensizlik).

Bozukluk yok : Hasta uygun ve etkin bir biçimde davranır.

Minimum bozukluk : Tepkisi yavaştır ama aile durumdan kaygılanmaz.

Açık bozukluk: Hasta etkisiz ve yetersiz tepkide bulunur (söylendiğinde, çok yavaş). Aile olabilecek olayları önlemek için strateji geliştirir(kaynayan kazanın yanında hastayı yalnız bırakmaz).

Ağır bozukluk: Hasta tehlikeli durumlarda tümü ile ilgisizdir (acil durumlarda doktora telefon açamaz).

Sorumluluk alabilecek bir kişi olarak görülmez. Hastaya çocuk gibi davranılır.

Maksimum bozukluk : Tehlikeli durumlara karşı tümden ilgisizliği vardır. Hasta dış dünyada tehlikeli durumlarda kalabibilir(yoğun trafiğin ortasında kalır, gaz dolu bir odayı terketmez).

EK : III - I

YETİYİTİMİ DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ

SÖZLÜK

Çeviren: Ahmet GÖĞÜŞ

Aktivite, boş/zaman(Activity, spare/time): Günboyu yapılan herhangi bir amaçlı iştir. Bu işin yaşam için gereksinilen işler ve temel bedensel gereksinmelerin doyumu ile doğrudan ilişkisi yoktur. Örnek: Hobiler, sporlar, okuma, sosyal aktivitelere katılma veya önemsiz görüşmeler v.b. Boş/zamanlardaki aktivite olarak adlandırılan davranış, dikkat, ilgi ve bilinçli çaba gerektirir. Bu noktada pasif rölaksasyondan ayrılır. Bu davranışlar gelenek ve göreneklere uygundur, kültürel ve sosyal sınıfa göre değişebilir.

Aktivite, sosyal (Activity, social) : Sosyal grupun inanç ve kuralları ile tanımlanan hareketlere etkin biçimde katılmadır. Örnek: Klüp, gönüllü kuruluşlar, politik parti v.b.

Anahtar Kişi(Key Figure) : Bireyin en sık ve düzenli yüz/yüze ilişkide bulunduğu kişidir.

Beklenti, sosyal(Expectation, social): Sosyal grupun üyelerince paylaşılan beklenti, değişik durumlarda bireyin davranışını belli sınırlarda önceden kestirilebilen bir biçime sokar, davranış kalıpları ve sterotipiler ortaya çıkar.

Bozukluk, psikolojik(Impairment, psychological): Merkez Sinir Sistemi'nin organik lezyonunun, kişilik bozukluğunun veya ruhsal rahatsızlığın sonucu normal psikolojik fonksiyonların, davranış kalıplarının veya sosyal becerilerin objektif olarak azalması veya yitimidir.

Çekilme, sosyal(Withdrawal, social) : Sosyal etkileşim ve iletişimden kaçınma eğilimi gösteren davranış patternidir. Çoğu kültürde sosyal alışveriş belli rol, koşul ve durumlarda sosyal uyumsuzluğa yol açmayan çekilmeyi kabul eder. Bu tür etkenler sözkonusu olmadığı zaman sosyal çekilme ruhsal rahatsızlık veya kişilik bozukluğunun belirtisi olara kabul edilir.

Davranış, sosyal(Behavior, social) : Bireyin başka bireylere, gruplara, sosyal değer ve sembollere yönelik, tümüyle gözlenebilen aktivitesidir.

Davranış Patterni (Pattern of Behavior) : Belli uyaranlar ve koşullar varolduğunda kişi veya kişilerin aynı biçimde tekrarlanabilen ve gözlemlenebilen karakteristik davranışlardır.

Değiştiren Etken (Modifiying Factor): Etki yaparak psikolojik bozukluk ve sosyal yetiyitimine neden olan kişisel niceliklер veya çevre özellikleridir. Değiştiren etkenler olumlu ve olumsuz yönleri içerir.

Doyum (Satisfaction): Belli bir gereksinme veya duygunun giderilmesidir.

Görenek, sosyal(Convention, social): Özel sorunlar v.b. ile ilgili olarak, özel durumlarda kabul edilen biçimlerde davranmaktır. Sosyal görenek, yasa ve anlaşmaların aksine bireyler veya gruplar arasında spontan, resmi olmayan bir onayla gerçekleşir.

Güven (Confidance): İlişki kurulabilecek bir kişiye,özel gizli veya duyarlı olaylar konusunda bilgi verilmesidir.

Güvenli ilişki(Confiding Relationship): İki veya daha fazla kişi ile kurulan, kişilerden enaz birinin başkasına (başkalarına) özel düşünce ve duygularını açtığı ve bundan doyum sağladığı ilişkidir.

İletişim(Communication): Sözel veya sözel olmayan sinyal ve işaretlerin aktarımı ve alınması ile ilişkili tüm davranışlardır. İletişimi olan en az iki kişi arasında sözel veya yazılı konuşmayı, mimik ve tavrı veya herhangi bir biçimde haber değişimini içerir . Okuma ve yazma etkileşim olmadığı için dışındadır.

İşbirliği (Cooperation) : Gözlemlenen davranıştan da anlaşılabileceği gibi kişinin başkaları ile aynı amaca yönelik ortak davranışa hazır oluşudur.

Katılma, sosyal(Participation, social): Kişinin sosyal aktivitelerin içine katılma(sıklık ve grupa karışma gibi)düzeyidir.

Kaygı (Concern) : Kişinin yaşantısında önemli olan bir kişi veya olayla ilişkili, bunaltı (anxiety) ile karışık ilgisidir.

Kendine / bakma(Self/care) : Fizyolojik denge ve yaşamın sürebilmesi(beslenme, işeme, kişisel temizlik, fizik tehlikeden sakınma v.b.) ve kendini sunuş(giyim, traş v.b.) için gerekli bir dizi aktivitedir. Bozukluğu olmayan bir erişkin başkalarının en az yardımı ile bu davranışları gösterir.

Kendine/güven (Self / reliance) : Otonom fonksiyon kapasitesidir.

Konuşma Yeteneği(Conversational Skill) : Sosyal konuşmaya girebilmek için önkoşul olan sözel ve sözel olmayan aktivitelere kişinin hakim olmasıdır. Sözel mesajları iletme ve çözebilme yetisi, konuşmasını karşısındakine göre zamanlayabilme ve uydurabilme, sözel olmayan yorumu mimik ve ve yüz anlatımı ile dışarı yansıtabilme, seçimi ilgilendiren konuşmaları ve konuların sırasını izleyebilme gibi gelenek ve göreneklerle saptanan başka birçok niceliği içerir. Konuşma yeteneğinin formel özellikleri evrensel olmakla birlikte bunların somut anlatımı büyük ölçüde kültüre bağlıdır.

Norm (Norm) : Belli bir grup veya kültür içinde, göreneklere uygun sosyal rol ve davranış kalıpları gelişir. Sosyal görenek genellikle grupun çoğunluğunun resmi olmayan onayı ile oluştuğundan, sosyal norm grup içindeki özel rollerin ortalama düzeyine yakındır.

Olumlu Yön (Asset): Olumsuz nitelik ve koşulların geçiştirilebilmesi için kişinin kendinde veya çevresinde varolan yararlı özelliktir.

Olumsuz Yön (Liability): Olumlu yönün karşıtıdır. Kişide veya çevrede varolan, etkileri sonucu ters nitelik veya koşulların oluşmasına neden olan özelliklerdir.

Otonom Fonksiyon(Functioning, Autonomous): Günlük yaşamda kişinin sosyal olarak kendinden beklenen aktiviteleri başkalarından en az yardım ve destek alarak yapabilme yeteneğidir.

Performans, sosyal(Performance, social) : Sosyal becerilerin gözlenebilen uygulanmasıdır.

Rol, ana/baba(Role, parental) : Ana ve babanın sosyal rollerinin sıfatıdır. Evlilik rolünde olduğu gibi herbirinin besleyen ve duygusal komponenti vardır. Her komponent tipik ve beklenen davranış patterni ile ortaya çıkar. Çoğu kültürde annenin ev içinde babadan daha fazla besleyen bir rol ortaya koyması beklenir. Ana/baba rolleri başka sosyal roller gibi,çocukların yaşına bağlı olarak zamanla değişir ve sosyo/kültürel düzeye bağlıdır.

Rol, evlilik(Role, marital) : Karı ve kocanın sosyal rolleridir. Her rolün besleyen (gereksinmeleri karşılayan, bakan) ve duygusal komponenti vardır. Evlilik rollerinin özellikleri sosyal grup ve kültürler arasında değişebilir. Ana ögeler böyle bir değişikliğe bağlı olmaksızın aynıdır.

Rol, heteroseksüel(Role, heterosexual) : Evlilik dışı "erkek arkadaş", "kız arkadaş", "nişanlı" v.b. rolleri içerir. Karşı cinsten birisi ile ilgilenmekten, ilişkiye dek uzanan davranışlarla karakterizedir. Belli sosyal roller(evlilik dışı ilişkiler gibi) sosyal grup tarafından onaylanmasa bile katılır. Bazı kültürlerde diğerlerine kıyasla heteroseksüel rol olanakları kısıtlıdır.

Rol, sosyal (Role, social) : Belli sosyal pozisyondaki kişilerin çoğu tarafından paylaşılan, sosyal norma göre bu kişilerden beklenen davranış patternleridir.

Sosyokültürel Tarz(Sociocultural Context) : Sosyal"makro-yapı" ve her bireyin sosyal yeri ile grupun("mikro-yapı")kültürel elemanlarını içerir.

Sürtüşme (Friction) : İki veya daha fazla kişi arasında işbirliğinin yokluğu, gerginlik ve olumsuz duygularla belirli düşmanlık ve saldırganlıkla sonuçlanabilecek bir ilişkidir.

Uyumsuzluk(Dysfunction) : Bireyin başkalarını etkileyen, sosyal normlardan gözlenebilir bir biçimde sapmasıdır.

Üstesinden gelme(Coping) : Davranışın başarılı bir biçimde düzenlenmesi ve yönlenmesi, başarısızlığın en aza indirgenme-

si için yapılan eylemlerdir. Üstesinden gelme yetenekleri ön koşulu olan öğrenilmiş davranış ve biçimleri içerir.

Yakın İlişki (Intimate Relationship) : Bedensel yakınlıkla birlikte olan güvenli ilişkidir.

Yetenek, sosyal(Skill, social) : İletişim, sosyal aktivite ve sosyal rol performansının önkoşulu olan, sosyal etkileşim sırasında ortaya çıkan davranışların tür ve sırasıdır. Algısal ve enstrümental elementleri, sözel ve sözel olmayan kompo entleri vardır. Gözlenebilir bir hiyerarşik yapı söz konusudur.

Yeterlilik, sosyal(Co etence, social) : Kişinin sosyal yetenekleri kullanabilmesi, belirlenmiş sosyal çerçeve içinde sosyal rollerini oynayabilmesi ve sosyal değerleri internalize ediş derecesidir.

Yetersizlik, sosyal (Inadequacy, social) : Kişinin sosyal beklentilere uyumda, manifest ve sürekli başarısızlık göstermesidir.

Yetiyitimi, sosyal(Disability, social): Ruhsal hastalık veya bozukluktan dolayı kişinin kendi için normal sayılacak sosyal rol performansında ortaya çıkan sürekli kısıtlılık durumudur.

Yük, psikolojik (Burden, psychological) : Kişinin duygusal doyumu ve kişisel otonomi duygusunu bozan, durumun bilincinde olarak hissedilen öznel rahatsızlıktır. Ethik veya duygusal nedenlerle geçiştirilemez, savuşturulamaz.

Yük, sosyal(Burden, social) : Sosyal bir grupun uyumunda yansız olarak ölçülebilen bozukluktur. Bunun nedeni grup içinde bulunan kişi veya kişilerin sürekli olarak normlardan sapması ve diğerlerinin bu sapmaya uymalarıdır. Ethik veya duygusal nedenlerle geçiştirilemez, savuşturulamaz.

ARAŞTIRMA KAPSAMINA ALINAN HASTALARIN DOSYA NUMARALARI

1310473	224838
742193	545943
739210	904093
711290	1345462
1318782	459838
1318771	1108441
900504	1160173
1310640	1134270
48818	1136113
445742	1137986
1305399	759356
1176146	1143237
64/50685	1337901
1312958	62/15851
1312963	940081
1312968	642895
1343826	508047
1124176	1354322
1330990	962375
795007	1329805
1133559	1327866
1139818	1183712
999055	1331000
1192421	1101192
753045	1199755
1197479	987879
945029	1314316
1194930	1354663
984970	1346924