



T.C.

GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEKİ ŞİZOFRENİ TANILI
HASTALARA VERİLEN RUHSAL TOPLUMSAL BECERİ
EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİ TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK VE
TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ**

Aygül KANALICI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep

2024



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEKİ ŞİZOFRENİ TANILI
HASTALARA VERİLEN RUHSAL TOPLUMSAL BECERİ
EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİ TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK VE
TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ**

Aygül KANALICI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep
2024

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEKİ ŞİZOFRENİ TANILI
HASTALARA VERİLEN RUHSAL TOPLUMSAL BECERİ
EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİ TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK VE
TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ**

Aygül KANALICI

Tez Savunma Tarihi: 11.01.2024

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Doç. Dr. Davut Sinan KAPLAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne; Bu çalışmanın bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ

Prof. Dr. Mualla YILMAZ

Prof. Dr. Döndü ÇUHADAR

Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN

BEYAN

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

11.01.2024

Aygül KANALICI

TEŞEKKÜR

Çalışmamın yürütülmesi aşamasında bana yol gösteren, desteğini, değerli ve önemli bilgileriyle yoluma ışık tutan, çalışmama önemli katkılar sağlayan, güler yüzlü, sabırlı danışmanım **Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR` e,**

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimim boyunca örnek aldığım, destekleriyle ve emekleriyle her koşulda yanımda olduklarını hissettiren, çalışma azmi kazandıran hocalarım **Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ` ye, Prof. Dr. Döndü ÇUHADAR`a, Dr. Öğr. Üyesi Derya ÖZBAŞ GENÇARSLAN`a,**

Veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen, gerekli ortamı sağlayan Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde görev yapan **tüm çalışanlara** ve çalışmamın veri tabanını oluşturan **hastalara,**

Hayat mücadelesi vererek beni bugüne getiren, hayatımın her aşamasında yanımda olup karşılık beklemeden bana maddi manevi destek veren, sevgilerini esirgemeyen, sabır gösterip beni motive eden, bugünlerimin mimarı **aileme** ve bu süreçte benden sevgisini hiçbir zaman esirgemeyen daima beni motive eden hep güçlü durmamı sağlayan **yol arkadaşım,**

Çalışmam sırasında beni destekleyen, yanımda olan, yardımını esirgemeyen, azmimi arttıran, düştüğümde her defasında daha güçlü kalkmamı sağlayan **değerli arkadaşlarıma,**

Emekleri için sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

AYGÜL KANALICI

Gaziantep/2024

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER... ..	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ... ..	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ... ..	vii
TABLolar DİZİNİ... ..	viii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Şizofreni Tanımı	7
2.1.1. Tarihçe	7
2.1.2. Epidemiyoloji.....	8
2.1.3. Etiyoloji.....	9
2.1.4. DSM-V Şizofreni Tanı Ölçütleri.....	12
2.1.5. Klinik Belirti ve Bulgular.....	13
2.1.6. Gidiş ve Sonlanış.....	15
2.1.7. Tedavi.....	16
2.2. Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE)	19
2.3. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi.....	23
2.4. Şizofreni ve Toplumsal İşlevsellik.....	24
2.5. Şizofreni ve Tedaviye Uyumu.....	24
2.6. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı.....	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Türü.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	28
3.4. Veri Toplama Araçları	31
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	31
3.4.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği... ..	31
3.4.3. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği.....	32
3.4.4. Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği.....	32
3.5. Verileri Toplama Yöntemi... ..	33
3.6. Şizofreni Tanılı Hastalara Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Uygulama Adımları	33
3.7. Araştırmanın Değişkenleri... ..	37
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	37
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	37
3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği.....	38
3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri.....	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA.....	65
5.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastalara Verilen RUTBE`nin Yaşam Kalitesi Düzeylerine Etkisi.....	65
5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastalara Verilen RUTBE`nin Toplumsal İşlevsellik Düzeylerine Etkisi.....	68
5.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastalara Verilen RUTBE`nin Tedavi Uyumu Düzeylerine Etkisi.....	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
7. KAYNAKLAR.....	76
8. EKLER	87
Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Deney Grubu).....	87
Ek-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Kontrol Grubu).....	89
Ek-3: Kişisel Bilgi Formu	91
Ek-4: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	93
Ek-5: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği.....	95
Ek-6: Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği.....	97

Ek-7: Ölçek İzinleri.....	98
Ek-8: Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Kurum İzin Yazısı	99
Ek-9: Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	100
Ek-10: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Katılım Belgesi	102
Ek-11:G-Power Analizi.....	103
Ek-12: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi	104
EK-13: Şizofrenide Belirti Giderici İlaçlar	115
EK-14: RUTBE`de Tedaviyi Değerlendirme Çizelgesi ve İlaç Takvimi.....	116
EK-15: RUTBE Uygulamasında Kısa ve Uzun Vadeli Hedefler... ..	117
EK-16:RUTBE Uygulamasında Günlük Yaşam Etkinlikleri Çizelgesi.....	118
EK-17: RUTBE Uygulamasında Hastalara Verilen Başarı Belgesi	119
ÖZGEÇMİŞ.....	120

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

- BDT:** (Cognitive Behavioral Therapy) Bilişsel Davranışçı Terapi
- DSM:** (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
- DSÖ:** (World Health Organisation) Dünya Sağlık Örgütü
- EKT:** (Electroconvulsive Therapy) Elektrokonvülsif Tedavi
- EPS:** (Extrapyramidal Symptoms) Ekstrapiramidal Semptomlar
- GABA:** (Gamma-Aminobutyric Acid) Gama- Aminobütirik asit
- ICD:** (International Classification of Diseases) Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması
- MMTUÖ:** (Modified Morisky Treatment Compliance Scale) Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği
- RUTBE:** (Spiritual Social Skills Training) Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi
- SPSS:** (Statistical Package for The Social Sciences) Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi
- TİDÖ:** (Social Functioning Assessment Scale) Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği
- TRSM:** (Community Mental Health Center) Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
- WHOQOL BREF- TR:** (The World Health Organisation Quality Of Life – BREF) Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 3.1. Araştırma Şeması.....	30
Şekil 3.2. Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin İçeriği.....	36
Şekil 4.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Genel Sağlık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği.....	43
Şekil 4.2. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Fiziksel Sağlık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği.....	45
Şekil 4.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Psikolojik Sağlık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği.....	47
Şekil 4.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Sosyal İlişkiler” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği.....	49
Şekil 4.5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Çevre” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği	51
Şekil 4.6. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR Toplam Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği	53
Şekil 4.7. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Öz Bakım” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği	55
Şekil 4.8. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği.....	57.
Şekil 4.9. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Bağımsız Yaşama” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği	59
Şekil 4.10. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği.....	62
Şekil 4.11. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği.....	64

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Genel Sağlık” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Genel Sağlık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	42
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Fiziksel Sağlık” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44.
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Fiziksel Sağlık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	44
Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Psikolojik Sağlık” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Psikolojik Sağlık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	46
Tablo 4.9. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Sosyal İlişkiler” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Tablo 4.10. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Sosyal İlişkiler” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	48
Tablo 4.11. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Çevre” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.12. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Çevre” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	50
Tablo 4.13. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR Ön Test –Son Test Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52

Tablo 4.14. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR Toplam Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	52
Tablo 4.15. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Öz Bakım” Alt Boyutu Ön Test -Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.16. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ“Öz Bakım” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	54
Tablo 4.17. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti” Alt Boyutu Ön Test –Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 4.18. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	56
Tablo 4.19. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Bağımsız Yaşama” Alt Boyutu Ön Test -Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
Tablo 4.20. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Bağımsız Yaşama” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	58.
Tablo 4.21. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Çalışma” Alt Boyutu Ön Test – Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Tablo 4.22. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ Ön Test-Son Test Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
Tablo 4.23. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	61
Tablo 4.24. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.25. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları	63

ÖZET

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDEKİ ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARA VERİLEN RUHSAL TOPLUMSAL BECERİ EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİ TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK VE TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ

Aygül KANALICI

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Ocak 2024, 120 sayfa

Bu araştırma, Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanılı hastalara verilen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin yaşam kalitesi, toplumsal işlevsellik ve tedaviye uyumun etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yürütüldü. Araştırma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı power güç analizi ile belirlenen 30 deney 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 şizofreni hastası ile yapıldı. Veriler 20 Aralık 2022 ve 20 Haziran 2023 tarihleri arasında toplandı. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği ve Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği kullanıldı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Ruhsal toplumsal beceri eğitimi haftada 3 kez 45 dakikalık 24 oturum halinde grup eğitimi olarak yapıldı. Analizler SPSS 22.0 programı yardımıyla gerçekleştirildi. Deney ve kontrol grubu hastaları arasında sosyodemografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$). Deney grubu hastalarında Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği, Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği ve Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarının ön test ve son test karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Kontrol grubu hastalarında ön test ve son test arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin şizofreni hastalarının yaşam kalitesi, tedaviye uyumu ve toplumsal işlevselliklerine olumlu yönde etkisi olduğu saptandı. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde şizofreni hastalarında Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin yaygınlaştırılması ve sürekliliğinin sağlanması önerilir.

Anahtar Sözcükler: Psikiyatri Hemşireliği, Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi, Şizofreni, Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

THE EFFECT OF MENTAL SOCIAL SKILLS TRAINING ON QUALITY OF LIFE SOCIAL FUNCTIONING AND TREATMENT COMPLIANCE OF PATIENTS DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA IN THE COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTRE

Aygül KANALICI

Master's Thesis, Department of Nursing

Psychiatric Nursing Master (Postgraduate) Programme

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. NURGÜL ÖZDEMİR

January 2024, 120 Pages

This study aims to determine the mental social skills training on quality of life, social functioning and treatment compliance of patients diagnosed with schizophrenia in the Community Mental Health Centre. The research was conducted as a randomized controlled experimental study. The study was conducted on a total of 60 schizophrenia patients, 30 of whom were included in the Experimental Group whilst the other 30 were included in the Control Group, who were registered to the Community Mental Health Centre at Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital. Data were collected between the dates 20 December 2022 and 20 June 2023. In the collection of data, Personal Information Forms, World Health Organisation Quality of Life Scales, Modified Morisky Treatment Compliance Scales and Social Functioning Assessment Scales were used. Data were collected through face-to-face interviews. Psychosocial Social Skills Training was conducted 3 times per week, in 24 sessions of 45 minutes each, in the form of group training. Analyses were carried out using the SPSS 22.0 Programme. It is determined that there is no statistically significant difference between the Experimental Group and Control Group patients according to sociodemographic variables ($p>0.05$). A statistically significant difference was found between the pre-test and post-test mean scores of the World Health Organisation Quality of Life Scale, Modified Morisky Treatment Compliance Scale and Social Functioning Assessment Scale in the experimental group patients ($p<0.05$). In the Control Group of patients, it was determined that there were not any statistically significant differences between the pre-tests and post-tests. ($p>0,05$) It is determined that Psychosocial Skills Training has a positive effect on the Quality of Life, Treatment Compliance and Social Functioning of patients, who are suffering from schizophrenia. In Community Mental Health Centres, it is recommended to ensure the dissemination and continuity of Psychosocial Skills Training in patients suffering from schizophrenia.

Keywords: Psychiatric Nursing, Mental Social Skills Training, Schizophrenia, Treatment Compliance, Quality of Life

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Ağır ruhsal hastalıklar; yaşam niteliği, tedavi uyumu, toplumsal ve bilişsel fonksiyonlarda düşüş göstermenin yanında kişisel bakım, bireylerarası ilişkiler, çalışma hayatı ve günlük yaşam becerileri gibi birçok alanda işlevsizliğe neden olmaktadır. İşlevsellikleri toplumdaki sağlıklı bireylere göre bozulmuş olan bu kişiler; damgalanma, ilaçların yan etkileri, ilaçların yarar sağladığına inanmama, içgörü eksikliği gibi sebeplerle tedavilerini aksatabilmekte ve bu nedenle hastalık belirtileri zaman zaman artış göstererek alevlenmelere yol açmaktadır (1).

Hastane odaklı tedavi hizmeti ile ağır ruhsal hastalığı olan bireyler yalnızca atak geçirdiği zaman aile bireyleri tarafından zorla hastaneye getirilip farmakolojik tedavi almakta iken bu durum tekrarlı yatışlara, yatış sürelerinin uzamasına yol açarak hastane temelli tedavi hizmetlerinden toplum temelli hizmet modeline geçişi sağlanmış ve bu model geliştirilmeye başlanmıştır (2,3). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin önemli kısımlarından biri olan toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM), ruhsal hastalığa sahip bireylerin kayıt altına alınmasını, oluşturulan ekipler ile hastaların rutin tedavilerinin, rehabilitasyonlarının sağlanması ile takip altına alınarak hastaların içinde buldukları topluma yeniden aktif olarak katılımını hedeflemektedir (4). TRSM'leri çok sık kullanan ağır ruhsal bozukluklardan olan şizofreni, bireylerin düşünce ve duygularını büyük ölçüde etkileyen hem hastayı hem de çevresindekilerin hayatında değişikliklere neden olan, motor hareketlerde anormallikler, bilişsel işlevlerde aksaklıklar, apati, düşünce, duygu, algıda bozulmalar ve iletişimde zorluklara neden olmaktadır (5,6).

Farmakolojik tedavi şizofreni hastalığının tüm basamaklarında etkili olup bu belirtilerin önemli bölümünü yok etse de düzenli ilaç kullanımında da ataklar oluşmakta ve hastalığın nüks etmesine ve yeti kayıplarına neden olmaktadır. Buna bağlı olarak tedavide hedef yalnızca belirtileri yok etmek değil hastalığın oluşturduğu yıkıcı belirtileri de önleyip bireyin yeniden topluma uyumunu sağlamaktır (7,8,9). TRSM'lerde uygulanan destekleyici programlardan biri olan Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE); hastalara hastalıkları, tedavi süreçleri, hastalığın nasıl ilerlediği ve sonlandığı ile ilgili bilgiler verip bireyi kendi tedavisine katmayı böylece hastalığın yeniden ortaya çıkmasının engellenmesi sağlanmaktadır. Aynı zamanda aile ve

bireylerarası ilişkileri artırarak sosyal işlevselliğin geliştirilmesi ve yaşamın daha kaliteli hale gelmesini sağlayan bir grup eğitimidir (9,10).

Şizofrenide RUTBE ile işlenen konu alanları; bireyin bilişsel becerilerini geliştirmek, iletişim becerilerini geliştirmek, hastaların iletişim sıkıntılarını gidermek, sorun çözme becerilerini geliştirmek, psikoz ve şizofreninin ne olduğunu bilmek, ilaç tedavisini, etkilerini ve yan etkilerini öğrenmek, tedaviyi değerlendirmek, geçmeyen belirtilerle baş etme yolları geliştirmek, uyarıcı işaretleri tanıma, alkol ve uyuşturucudan sakınmak, faydasız tedavi arayışlarından kaçınmak, sıkıntıyla baş etmek, kendine olan güvenini artırmak, zamanı verimli kullanmayı öğrenmek, günlük faaliyetler, arkadaşlık ilişkilerini güçlendirmek ve toplumsal faaliyetlere katılmayı içermektedir (11).

Tüm bu beceri alanlarıyla bireylerin toplum içine daha aktif olarak katılım oranlarını arttırmak, özgüven duygusunun geliştirilmesini sağlamak ve en önemlisi de bireyin yaşamını daha kaliteli hale getirilip iyileştirmek şizofreni tanısı almış bireyler için hayati öneme sahiptir (12). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) sağlığın tanımını yaparken sadece hastalığın olmayışı değil aynı zamanda iyilik halinin de devamını sağladığını belirterek yaşam kalitesine doğrudan vurgu yapmaktadır (13,14). Şizofreni de asıl odak nokta bireyin belirtilerini en hafif düzeye indirip hastalık nüksünü önlemekten öte bireyin yaşam niteliğini arttırıp daha mutlu ve kaliteli bir yaşam sürmesi amaçlanmaktadır (15). Şizofrenide hastalığın ne olduğu ile ilgili eğitimler verilmesi, aile bireylerinin bilgilendirilmesi, tedaviye uyum üzerinde durularak takip edilmesi hastanın iyileşmesi açısından önem taşımaktadır. Şizofreni tanılı bireylerin tedavi uyumları ile relapslarda azalma ve yaşam kalitelerinde artışın olduğu belirtilmektedir (16). Tedaviye uyum sağlanmadığında psikotik belirtilerin artışı, kendine ve başka bireylere karşı şiddet kullanımı, kötüye giden prognoz, acil servise kaldırılma ve hastaneye yatış oranlarında artış ve topluma yansıyan yüksek maliyet gibi önemli sonuçlar doğurabildiği bilinmektedir (17). Ruhsal hastalıklar bireyin toplumsal işlevsellik düzeyinde aktif rol oynamaktadır. Özellikle yeti kaybına neden olan şizofreni de toplumsal işlevsellik bozulmaktadır (18,19). Toplumsal işlevsellik terimi “toplumsal yetkinlik”, “toplumsal uyum”, “toplumsal başarı” ve “toplumsal işlevsizlik” gibi ifadeleri de içermektedir (19). Bu ifadeler aynı zamanda fiziksel, duygusal ve toplumsal ifadeleri de barındırdığı için yaşam kalitesi anlamında da kullanılmaktadır. Şizofreni ergenliğin geç dönemi veya erken yetişkinlik dönemlerinde ortaya çıktığından sosyal yaşamı negatif yönde etkilemektedir. Bireylerin günlük işlevleri olan öz bakım, bireyler arasındaki iletişim, sosyal etkinlikler iş yetilerinde bozulmalar görülmektedir. Bu durum

şizofreni tanılı bireylerin hastalığın da etkisiyle eğitim, iş, kariyer ve aile içi yaşantıları gibi toplumsal işlevsellik durumlarını sağlıklı ve düzgün bir biçimde devam ettirmelerine engel olmaktadır (18,19). Hastalık belirtilerini gidermek için farmakolojik tedavinin yanında şizofreni hastalarının toplumsal işlevselliklerinin de korunması gerekmektedir. Buna yönelik farmakolojik tedavi ile birlikte ruhsal toplumsal tedavi yaklaşımlarının da sunulması gerekmektedir. Hastalara verilen eğitimler ile kendilerinde olan sorunların başkalarında da olduğunu görmesi ve insanlara güvenip onlarla sorunlarını paylaşmaları ile toplumsal işlevselliklerinde artma sağlanmaktadır (20).

RUTBE`de şizofreni tanılı hastaların hastalıklarını kontrol altında tutma konusunda bilgilendirilmesi, kişilerarası ilişkilerinin düzenlenmesi ve toplumsal işlevselliklerinin artırılması hedef alınır (12). Yılmaz-Karaman ve arkadaşlarının (2020) yaptığı araştırmada TRSM`de şizofreni tanılı hastalara uğraş tedavisine ek olarak verilen RUTBE`nin bireylerin sosyal işlevselliği üzerinde düzelmeler gösterdiği saptanmıştır (11). Yapılan bazı alan çalışmalarında RUTBE`nin hasta bireylerdeki depresyon düzeylerinde, iletişimde, toplumsallaşma becerilerinde, başa çıkma tutumunda, içgörülerinde artma sağladığı belirtilmektedir (9,10). Şizofrenide ilaç tedavilerine ek olarak ruhsal toplumsal tedavilerin uygulanması tedaviyi pozitif yönde etkilemektedir. Ruhsal toplumsal tedavilerin amacı bireyleri hastalığı, tedavisi, hastalığın ilerleyişi ve sonlanımı ile ilgili bilgilendirerek hastayı kendi tedavisine aktif olarak katmayı bununla birlikte yinelemelerin ve atakların azaltılmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda bireylerarası ilişkileri geliştirerek toplumsal işlevselliğin artırılmasını, günlük yaşam becerilerinin yerine getirilmesini sağlayarak yaşam kalitesini arttırmayı hedeflemektedir (10). TRSM`lerde verilebilecek olan RUTBE`nin içeriğinde yer alan beceri alanları ile şizofreni tanılı hastaların yaşam kaliteleri, toplumsal işlevsellikleri ve tedavi uyumlarının artabileceği, TRSM`de hastaların boşa vakit geçirmesinin önlemek için psikiyatri hemşirelerine yol gösterici olabileceği ve yapılan diğer alan çalışmalarına katkı sağlayabileceği amacıyla bu çalışma planlandı.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanılı hastalara verilen RUTBE`nin yaşam kalitesi, toplumsal işlevsellik ve tedaviye uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1:Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanılı hastalara verilen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi hastaların yaşam kalitesini arttırır.

H1₀:Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanılı hastalara verilen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi hastaların yaşam kalitesini etkilemez.

H2:Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanılı hastalara verilen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi hastaların toplumsal işlevselliğini arttırır.

H2₀:Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanılı hastalara verilen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi hastaların toplumsal işlevselliğini etkilemez.

H3:Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanılı hastalara verilen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi hastaların tedaviye uyumunu arttırır.

H3₀:Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanılı hastalara verilen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi hastaların tedaviye uyumunu etkilemez.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni; bireylerde, duygu, düşünce, davranışlarda bozulmaların olduğu, yıkıcı etkinlik gösteren nörogelişimsel bir bozukluktur (21). Nörogelişimsel bozukluk; beynin algı, dikkat, bellek, düşünce ve duygulanım gibi bilişsel alanlarıyla ilgili belirtilerle giden hemen hemen tüm işlevlerde sorun yaratan karmaşık bir tablodur (8). Belirgin sanrı ve varsanılarla ilerleyen şizofreni, diğer fonksiyonel alanlardaki değişimlerle karakterize, sık tekrarlarla seyreden kronik bir hastalıktır (22). Sonlanışı kişiden kişiye farklılık gösteren şizofreni; henüz nedeni tam olarak belirlenemeyen çalışma hayatında sorunlar, kişilerarası ilişkiler, öz bakım ve yaşam becerileri gibi birçok alanda sorun yaratan psikozla karakterize bir hastalıktır (23).

2.1.1. Tarihçe

M.Ö. 1400`lü yıllarda Hint Veda metinlerinde çıplak dolaşan, yaşamlarını anlamsız bir biçimde devam ettiren, öz bakımı son derece azalmış, zehirleneceğinden korkan ya da kendisini Tanrı sanan kişilerden bahsedilmiştir. Ortaçağ`da özellikle şizofreninin üzeri batıl sayılan fikirlerle kapatılmış ancak on dokuzuncu yüzyılda bilimsel olarak incelenmeye başlanmıştır (24). Ortaçağda bu kişiler ise tanrının gazabına uğramış ve şeytani varlıklar olarak görülüp toplumdan dışlanmıştır (23). Şizofreninin ilk kez kapsamlı tanımını yapan Alman Ruh Hekimi Emil Kraepelin`dir. Psikiyatrik hastalıkları yıkım gösteren ve yıkım göstermeyen şeklinde sınıflandırmıştır (26). Alman Ruh Hekimi Emil Kraepelin bozukluktaki ana belirtilerin varsanı, sanrılar, içgörü yitimi, düşüncenin yapısında bozulma, enkoherans, afektif küntlük, negativizm şeklinde olduğunu belirtmiştir. İsviçre`li ruh hekimi Eugen Bleuler 1911`de ruhsal yaşamdaki bölünmeye dikkat çekerek aklın bölünmesi anlamındaki şizofreni terimini kullanmıştır (25). Bleuler, Kraepelin`in aksine hastalığın sonlanışı üzerine değil belirti ve bulgularına vurgu yapmıştır. Bleuler, şizofrenin 4 belirtisinden söz etmiştir. Bunlar; ambivalans, çağrışım çözüklüğü, otizm ve olağan dışı duygulanımdır (26). Alman ruh hekimi Kurt Schneider şizofreni için tanısıl olan “birincil” ve “ikincil” semptomlardan bahsetmiştir. Birincil semptomların; kendi aralarında tartışan, yorum yapan, kendi düşüncelerinin sesli söylendiğini işitmesi, düşünce okunması, düşünce çalınması, düşünce sokulması şeklinde olduğunu ikincil belirtilerin ise sanrı, varsanı, negativizm, stereotip olduğunu belirtmiştir (25,26).

Modern psikiyatrinin kurucularından olan Sullivan, Meyer, Longfield ve Schneider şizofreninin yaşam sorunlarına karşı bir tepki olarak ortaya çıktığını düşünüp “Reaksiyon” terimini kullanmışlardır (24). 1952 yılında Adolf Meyer’in düşüncelerinden etkilenen bir tanı sistemi olan Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-I) oluşturulmuştur (27). 1968 yılında Kraepelin’in fikirlerinden etkilenen DSM-II ile “reaksiyon” ifadesi terk edilmiştir. Her tanı için ayrı tanı ölçütü oluşturan aynı zamanda şizofreniyi daha nesnel tanımlamak için sanrı ve varsanılarının vurgulandığı DSM-III yayınlanmıştır. Ardından DSM-III-R ve daha sonra DSÖ tarafından Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (ICD) ortaya konmuştur ve giderek geliştirilen DSM-V yayınlanmıştır (27).

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreninin sıklık ve yaygınlığı üzerindeki veriler değişkende olsa her türlü toplumda en sık görülen ruhsal bozukluklardandır (8). Şizofreninin prevalansı dünya genelinde %1 civarındadır ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Eğer şizofreniyeye ek olarak şizofreni spektrum bozuklukları da eklenirse bu oran %5’e yükselmektedir (5). Türkiye’de Binbay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada şizofreni sıklığının her 1000 bireyde 8,9 olduğu belirlenmiştir (28). Şizofreni sıklığının ülkeler arasında farklılıkların olabileceği çalışmalarla ortaya konmuş ancak ırklar arasında değişimin olduğu kanıtlanmamıştır (8). Şizofreni birçok alanda işlev kayıplarıyla ilerleyiş gösterdiğinden bireylerde önemli oranda yeti yitimlerine neden olduğu belirtilmektedir. DSÖ, yeti yitimine yol açan hastalıklardan ilk onunun içinde şizofreninin de bulunduğunu, nokta yaygınlığının %0.21-0.7 arasında olduğunu belirtmektedir (29,30).

Cinsiyet farklılıkları şizofrenide insidans, semptomlar, premorbid gidiş ve sonlanış gibi birçok durumu etkilemektedir. Taşkın Uyan ve arkadaşlarının (2023) yaptığı çalışmada şizofreninin erkeklerde kadınlara göre daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (31). Erkeklerde başlangıç yaşı 15-25 iken, kadınlarda 25-35 arasındadır. Kadınların üçte birlik, erkeklerin ise yarısından fazlasının ilk defa 25 yaşından önce kliniğe yatırıldığı saptanmıştır. Bu farklılığın sebeplerine bakıldığında cinsiyetlere göre beyin gelişimi hızındaki farklılıkların, kromozomların etkisinin ve hormonların farklı etki göstermesinden kaynaklandığı ifade edilmektedir. Ayrıca bekâr bireylerde ve sosyoekonomik açıdan zayıf hanelerde şizofreni yaygınlığının 5 kat daha fazla olduğu, kırsal bölgede yaşayanlarda, göç etme durumunda, evsiz bireylerde de daha sıklıkla görülmektedir (8,31,32,33).

2.1.3. Etiyoloji

Şizofreninin etiyojisinde bazı risk etmenleri bulunmasına rağmen henüz netlik kazanmamıştır. Kalımsal çalışmaların etkili olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Stresli yaşamın şizofreni hastalığının oluşumunda etkili olduğu düşüncesi mevcut olup aynı zamanda bazı hastaların beyinlerinde farklılıklar tespit edildiği belirtilmektedir (32). Şizofreninin diğer etiyojik faktörlerine bakıldığında epidemiyolojik araştırmaların katkısıyla gebelik sırasındaki annenin vitamin D ve folat depoları, doğum travmaları, hipoksik doğum öyküleri, erken ebeveyn olma gibi durumlar da yer almaktadır (34). Yapılan çalışmalarda Kraepelin ve Bleuler tarafından şizofreninin beyin hastalığı olması, bulgularının her hastada farklı olması hastalığı sendrom olarak nitelendirmeye yol açmıştır (8).

Şizofreni etiyojisi ile ilgili etkenler şunlardır:

2.1.3.1. Genetik

Genetik etkenler, oldukça heterojen bir haldedir ve DNA'da herhangi bir değişiklik oluşturmamasına karşın, farklı etkenlerle hastalığa yol açmaktadır (8). Şizofreni tanısı konmuş bireylerin ailelerinde %10 oranında şizofreni öyküsüne rastlanıldığı belirtilmektedir (35). Şizofreni olma olasılığı birinci derece akrabalar arasında 10 kat daha fazladır. Anne veya babadan herhangi birisi şizofreni ise çocuklarda olma riski %12.5-13.8 iken her iki ebeveynde hastaysa bu oran % 35-46'ya yükselmektedir. Aynı zamanda hastalanma oranının çift yumurta ikizlerinde fazla bulunduğu belirtilmektedir (36). Kromozomların belli bölgelerinde orta düzeyde etki gösteren genlerin olduğuna ilişkin veriler elde edildiği vurgulanmaktadır. Çalışmalarda özellikle D3 ve 5-HT2A adlı reseptörleri etkileyen genlerin hastalığa yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir. Şimdiye kadar hastalıkla ilgili net bağlantısı olan bir gen bölgesi bulunmadığı ifade edilmektedir (8). Ancak şizofrenide etkili olduğu düşünülen C4 geni belirlenmiştir. Bu gen "Şizofreni risk geni" olarak bilinmekte ve bağışıklık sistemini çökerten patojen işaretlenmesinde kullanılacak olan proteini ürettiği bilinmektedir. Bununla birlikte sinapslarda budama adı verilen olayı meydana getirmektedir. Sinapslarda budama, duygu ve düşüncelerin arasında bağlantıyı sağlayan yapıları yıkmakta olup şizofrenide belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (37).

2.1.3.2. Biyokimyasal etkenler

Birden fazla biyokimyasal yollar şizofreni gelişimine neden olmakla birlikte bu anormallığı tespit etmek zor olmaktadır. Bir dizi nörotransmitterin hastalığa yatkınlığı

arttırdığı yapılan çalışmalarda belirtilmektedir. Bu nörotransmitterler arasında Dopamin, Serotonin, Nörepinefrin, Gama Amino Bütirik Asit (GABA), Glutamat ve Östrojen yer almaktadır (38).

Dopamin, şizofreninin etiolojisinde en çok araştırılan nörotransmitterlerin içinde yer almaktadır. Merkezi ve periferik sinir sisteminin değişik bölgelerinde üretilmektedir. Dopamin reseptörleri hareketin yanında dikkat, öğrenme, hafıza gibi bilişsel işlevlerde etkili olmaktadır. Şizofrenide D2 resöptörlerinin artarak Dopamin aktivitesinde yükselme meydana getirdiği saptanmıştır. Aynı zamanda hastalığın tedavisinde kullanılan Dopamin antagonist ilaçların, belirtileri iyileştirmesi de dopaminin etiolojideki rolünü desteklemektedir (31). Dopamin salınımı, paranoid bir psikoza neden olabilir ve durumu şiddetlendirebilir. Aynı zamanda sanrı ve varsanların oluşumunda da dopaminin rolü şizofrenide ayrıntılı olarak araştırılmaktadır (39).

GABA, merkezi sinir sisteminin temel inhibitör nörotransmitteridir. Şizofrenide prefrontal kortekste GABA yoğunluğunda artma, kortikal GABA ara nöronlarında eksilme ve hipokampüste ise GABA geriliminde azalma saptanmıştır (36). GABA'nın Dopamin yapıları üzerinde düzenleyici etkisinin olduğu belirtilmektedir. Düşük GABA etkinliğinin dopaminin yükselmesinde rol oynadığı aynı zamanda şizofrenide uyku sorunlarının oluşmasında GABA'nın etkili olacağı düşünülmektedir (31).

Glutamat nörotransmitterinin şizofrenide etkili olduğunu gösteren en önemli bulgu, fensiklidin ve ketamin gibi reseptör antagonistlerinin yapılan çalışmalarda sağlıklı gönüllülerde düşük miktarda bile bilişsel bozukluklarla birlikte pozitif ve negatif belirtileri içine alan şizofreniye benzer psikotik tabloyu ortaya çıkarmasıdır. Remisyon döneminde olan şizofreni hastalarında da bu moleküller hastalığın pozitif ve negatif belirtilerinde artışa neden olmaktadır (40). Şizofreni hastalarında hipokampüste N-metil D aspartat reseptörlerinde glutamat nörotransmitterinin işlevinde bir azalma olduğu belirtilmektedir (41). Şizofrenide negatif bulgularda ve bilişsel belirtilerin meydana gelmesinde glutamatın etkisinin dikkat çektiği ancak henüz şizofreninin üzerindeki rolünün net olup olmadığı belirlenememiştir (31).

Şizofreni ile seksüel hormonlar arasında bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir. Kadın hastalarda östrojen eksikliğinin ön plana çıktığından bahsedilmektedir. Aynı zamanda psikozların da menstrüel sikluslarda meydana gelen değişikliklerle ilgili olduğu saptanmıştır (42). Summakoğlu ve Ertuğrul'un (2018) yaptığı bir çalışmada kadınlarda östrojen düzeylerinin azaldığı premenstrüasyon döneminde hastalıkla ilgili atak

sayılarının arttığı, süregelen psikozun östrojen seviyesinin artış gösterdiği gebelik döneminde kronik iyileşme gösterdiği saptanmıştır. Kadınların hastalığa karşı östrojenin antidopaminerjik etkinliği ile korunduğu belirtilmektedir (32).

Şizofrenide rol oynayan santral sinir sistemindeki başlıca serotonin reseptörleri ikiye ayrılmaktadır. Bunlar; 5-HT1 ve 5-HT2 reseptörleri olarak bilinmektedir. Serotonin ve Dopamin sistemleri birbiriyle etkileşim halindedir. Beynin bazı bölgelerinde farklı etkiler üreten serotonin, Dopamin nörotransmitterlerinde düzenleyici etki oluşturmaktadır. Bilişsel değişiklikleri etkileyen ve özellikle depresyon ve intiharda etkili reseptör serotonin reseptörlerinden 5-HT1 reseptörüdür. Şizofrenide 5-HT2 reseptörünün ise bozulan bilişsel olaylarda etkili olduğu ile ilgili görüşler mevcuttur (32).

Şizofrenide yüksek nörepinefrin varlığı dikkat çekmektedir. Ancak henüz net olarak belirlenememiş olmakla birlikte hastalığın başlangıcındaki rolü belirsiz olmaktadır. Şizofrenide sık görülen belirtilerden olan anhedoni üzerinde nöroadrenarjik sistemdeki bozuklukla ilgili olabileceği üzerinde durulmaktadır (31). Şizofreni hastalarının belli bir kısmında beyin ve beyin-omurilik sıvısında nöradrenalinin arttığı ve buna bağlı olarak dopaminerjik aktivitenin yükseldiği belirtilmiştir (41).

2.1.3.3. Santral sinir sistemi ile ilgili nedenler

Etiyolojik çalışmalarda şizofreninin beyindeki değişiklikler sonucunda olduğunu veya beyinde yapısal farklılıklara neden olacağı belirtilmektedir. Bu farklılıkların özellikle kortikal ve subkortikal alanlardaki nöronların yapısının ve fonksiyonunun bozulmasına neden olduğu düşünülmektedir. Sağlıklı insanlarda yaşa bağlı ventriküller ve sulkuslarda genişleme olduğu ancak şizofreni olan bireylerde yaşa bağlı olmadan hastalığın ilk döneminde de mevcut olduğu ortaya konmaktadır (43). Prefrontal bölgenin gri ve beyaz cevherinin ve ya her iki bölgenin de hacminde azalma olduğu ve kanlanmanın azaldığı belirtilmektedir. Aynı zamanda beynin birçok bölgesinde kanlanmanın azaldığı özellikle frontal ve temporal bölgedeki azalmanın şizofreninin negatif belirtileri üzerinde etkili olduğu, negatif semptomların baskın olduğu hastalarda kanlanmanın az olması dikkat çekmiştir (31).

2.1.3.4. Çevresel nedenler

Ekonomik koşulları düşük olan ailelerde, alışılmayan farklı bir ortamda büyüme ve göç etme, suç işleme yüzdelerinin yüksek olması, travmatik olaylara maruz kalma gibi çevresel faktörlerin hastalığa yatkınlığı arttırdığı belirtilmektedir (36).

Şizofreni ve sosyal sınıf arasındaki ilişkide düşük sosyoekonomik düzeyin artan şizofreni ile ilgili olduğu yine babanın içinde bulunduğu sosyal sınıf düşüklüğünün erişkin dönemdeki şizofreniyi arttırdığı saptanmıştır. Göçmenlerde dışlanma, ayrımcılık gibi faktörlerin de etkisiyle şizofreni sıklığı daha fazla görülmektedir (32). Şiddete uğramanın bireylerde halüsinasyon, paranoya gibi psikotik yapılara eğilimi artırdığı ifade edilmektedir. Yine travma geçiren bireylerde bu olumsuz deneyime biyolojik, kültürel ve bireysel cevabın olduğu belirtilmektedir. Madde bağımlılığı, göç, travma gibi bu durumların biyolojik eğilimi artırdığı ve klinik tabloya neden olduğu düşüncesi ortaya konmaktadır (32).

2.1.4. DSM-V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) şizofreni tanı ölçütleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan birinin en az “1”, “2” ya da “3” olması gerekir.

1. Sanrılar,
2. Varsanılar,
3. Dezorganize konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma),
4. Katatonik davranış ya da ileri derecede dağınık davranış
5. Silik (negatif) belirtiler.

B. Bu bozukluğun başından itibaren geçen zamanın büyük bir kesiminde bir yada daha fazla alanda işlevsellik düzeyi olarak ele alınan; iş, toplumsal ilişkiler ya da kendine bakım gibi bu bozukluğun başlangıcından önce varılan düzeyden belirgin bir şekilde düşüktür. Aynı zamanda çocukluk ya da ergenlik zamanında başlamışsa, kişilerarası, okul ya da işle ilgili işlevsellik, varılması gereken düzeye erişememektedir.

C. Bu bozukluğun süre giden bulguları en az 6 ay sürer. Bu altı aylık evre içinde A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarılı tedavi aşaması geçirmişse daha kısa süreli de olabilir) belirtileri kapsamalıdır ve ön (prodromal) ya da artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha

çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikotik özellik gösteren depresyon veya iki uçlu bozukluk dışlanır.

E. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı meydana çıkmamıştır.

F. Otizm kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konulabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrı ve varsanılarda en az bir aylık bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısında konur (24,44).

2.1.5. Klinik belirti ve bulgular

Şizofreni çoğunlukla psikotik belirtilerle ilerleyen paranoid sanrılarla kendini gösteren ergenlik sonlarında ve yetişkinlik başlarında ortaya çıkan kronik bir hastalıktır (45). Bireylerin birçok alanını özellikle de psikososyal alanı ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Şizofreni ile ilgili belirti ve bulgular işlevsellikte önemli bozulmaya yol açmaktadır. Şizofreni hastaları yaşadıkları işlevsellik kayıplarının yanında birbirinden farklı olumsuz durumla da karşı karşıya kalmaktadır. Görülen olumsuz durumlar, önemli derecede sağlık bakım maliyetlerini arttırmakta ve bireylerin yaşam beklentilerinin azalmasına neden olmaktadır (46).

Şizofreninin pozitif belirtileri şunlardır;

1-Düşünce bozuklukları: Şizofreni tablosuna hâkim olan en sık izlenen pozitif bulgulardandır (37).

a) Yapısal düşünce bozuklukları

-Neolojizm: Hastaların kendilerinin uydurduğu yeni kelimeleri kullanmasıdır (37).

-Kelime salatası: Konuşmanın tamamen birbirleriyle bağlantısız, ilgisiz ve mantık dışı olarak devam etmesidir (37).

-Mutizm: Hastalarda konuşmanın hiç olmamasıdır (37).

-Blokaj: Hastanın konuşmasının birdenbire durmasıdır (37).

-Retardasyon: Düşüncede zorlanma ve yavaşlama görülür (37).

-Fikir uçuşması: Hızlı bir şekilde konudan konuya geçilir (37).

-Klang çağrışım: Anlamlarına bakılmaksızın, ses uyumuna göre kelimelerin kullanılmasıdır (37).

-Enkoherans: Kelimelerin cümle oluşturamayacak biçimde bir araya getirilmesidir (37).

-Ekolali: Söylenenlerin tekrar edilmesidir (37).

b) Düşünce içeriğindeki bozukluklar

-Hezeyan: En fazla görülen düşünce içeriği bozukluklarından. Sanrılar kişinin içinde bulunduğu toplum ve kültürüne göre açıklanamayan, ispatlarla değiştirilmesi olanaksız olan yanlış düşünce kalıplarıdır (37). Şizofrenide en çok görülen sanrıların, perseküsyon (kötülük görme) sanrıları olduğu, daha sonra ise sırasıyla referans (alınanlık) sanrıları, büyüklük (grandiyözite), kıskançlık (jaluzik) sanrıları şeklinde devam etmektedir. Bu tip sanrılar dışında düşünce okunması, düşüncelerin çalınması ve yayınlanması, düşünce çekilmesi, başkaları tarafından düşüncelerinin kontrol edilmesi, kültürel ve sosyoekonomik olarak yüksek bireylerin kendisine âşık olduğuna inanma olarak bilinen erotomanik şeklinde sanrılar da bulunmaktadır (8).

c) Düşünceden regresyon

Bireylerin yaşla ilişkili olarak soyut düşünme yetilerinde artma olduğu belirtilmektedir. Fıkraların, deyimlerin, atasözlerinin anlamını kavrayıp geliştirmektedir. Şizofreni hastalarında ise bu yeteneğin giderek zayıfladığı ve konuşmalarında soyut ifadeler olmadığı ortaya konmaktadır (37).

2- Algı bozuklukları

-Yanılsama: Herhangi bir uyarının yanlış bir biçimde algılanmasıdır ve illüzyon olarak da bilinmektedir (8).

-Halüsinasyon (Varsanı): Sanrılardan daha az görülen bir başka pozitif bulgu da varsanıdır. Varsanı, ortamda bir uyarın söz konusu olmadığı halde meydana gelen algılamalardır. Varsanılar beş duyardan herhangi biriyle ilgili olabilir. Bunlardan en çok görülen işitsel ve görsel halüsinasyonlardır. Ardından daha seyrek görülen somatik (dokunsal), tad ve koku halüsinasyonları şeklinde belirtilmektedir (8).

3-Duygulanım

-Künt duygulanım: Duygu dışavurumunda azalma olmasıdır (37).

-Uygunsuz duygulanım: Düşünce ve konuşmaların içeriğine uyumlu olmayan duygu dışavurumudur (37).

-Labil duygulanım: Hızlı bir şekilde duygu dışavurumunda yinelemeli olarak görülen değişimlerdir (37).

4-Hareket ve davranış: Bunlar dışında şizofreninin pozitif belirtileri arasında, hastalığın daha çok akut ve alevlenme dönemlerinde görülen belirtiler bulunur. Bu belirtiler içerisine taşkınlık, aşırı hareketlilik, yüzde tike benzer garip hareketler, uygunsuz tuhaf davranışlar girer (8,47).

-Katatoni: Kas ve eklemlerde katılık ve hareketsizlik halidir.

-Katalepsi: Aynı pozisyonda ve donmuş bir biçimde kalmadır.

-Negativizm: Harekete veya herhangi bir isteğe karşı durmadır.

-Katapleksi: Kas tonusunun geçici kaybıdır.

-Stereotipi: Herhangi bir kelime veya hareketin amaçsız bir şekilde aynen tekrarlanmasıdır.

-Ekopraksi: Hastanın karşısındaki başka bir bireyin hareketlerini tekrar etmesidir.

-Akatizi: Sık sık vücut pozisyonlarının değiştirilmesi ve yerinde duramamadır.

Olağan işlevlerde kısıtlılık, bilişsel ve toplumsal yetilerde kayıp ve genel anlamda bir fakirleşmeyi ifade eden negatif belirtiler; sosyal ortamlardan uzaklaşma, kişilerarası ilişkilerden kopma, ilgi ve istek de azalma olarak ortaya çıkmaktadır (8,47).

Şizofreninin negatif belirtileri şunlardır;

-Avolisyon: Genellikle enerjisinin hiç olmaması ve günlük faaliyetlere karşı ilgisinin azalmasıdır.

-Alogi: Konuşmada ve düşüncede fakirleşme olarak bilinmektedir.

-Anhedoni: Daha önceden yapmaktan zevk aldığı faaliyetlerden artık zevk alamama durumudur (41).

2.1.6. Gidiş ve sonlanış

Şizofreni garip gidiş ve sonlanış gösteren daha çok yeti kaybı ile ilerleyen kronik bir hastalıktır. Yapılan uzun süreli izlem çalışmalarında hastaların %60`lık bir kısmının önemli derecede düzeldiği ya da tam iyileşme gösterdiği geriye kalan %30`luk kısmında ise anlamlı iyileşme görülmediği belirtilmektedir. Bireylerin yaşam ortalamalarının 10 yıl azaldığı ve süregelen bir kötüleşme olmadığı, 5 yıl sonra bir plato oluşturduğu bilinmektedir (24).

Şizofrenide hastalığa yakalanmadan önceki kişilik yapısı, ailesi, çevresi ile ilgili iletişimi, işlevsellik düzeyi ve sorun çözme becerileri gibi pek çok faktör prognoz

üzerinde etkilidir (31). Şizofrenide iyi sonlanım belirtileri; geç başlangıç, kadın cinsiyet, tetikleyici etkenlerin olması, medeni durumun evli olması, dengeli yaşam şartları, pozitif belirtiler, aile bireylerinde duygu durum bozukluk tanısı almış olma, hasta olmadan önceki uyumun iyi olması, destek sistemlerin varlığı, yaşamlarında bir hedeflerinin olması, ailede şizofreni tanısının yokluğu, çevrenin güvenli olmasıdır. Kötü sonlanım belirtileri; erken başlangıç, erkek cinsiyet, tetikleyici faktörlerin olmaması, başlangıcının sinsi olması, hasta olmadan önce uyumun olmaması, medeni durumun bekâr ya da dul olması, aile bireylerinde şizofreni öyküsü varlığı, negatif belirti varlığı, strese maruz kalma, hastalıkta tekrarların olması, saldırganlığın varlığı, madde kullanımı, ailede duygu dışavurumun sağlıksız olması, madde bağımlılığı ve ek tıbbi hastalığın varlığının olmamasıdır (24,31).

2.1.7. Tedavi

Şizofreni kronik ve yeti kaybıyla ilerleyen bir hastalık olarak değerlendirilmekle birlikte, hastaların önemli bir bölümünde düzelme olduğu saptanmıştır (48). Şizofrenide genel olarak bakıldığında, yaşam kalitesi azlığı, duygulanım, algı, düşünce bozukluğu gibi yeti kaybına neden olan karmaşık belirtiler görülür (49). Şizofreni yaşamın her alanını etkilediğinden tedavideki amaç belirtileri gidermek, hastalığın ortaya çıkardığı yıkıcı etkileri azaltmak, hastanın içinde bulunduğu topluma uyumunu sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (32). Bu nedenle tedavi seçeneği de çok yönlüdür. Bunlar; farmakolojik, elektrokonvulsif (EKT) ve psikososyal tedavidir.

Farmakolojik tedavi 1950`lerde klorpromazinin keşfiyle başlamıştır. D2 reseptör blokerlerinin 1960`larda bulunmasıyla antipsikotiklerin sıklıkla kullanımı başlanmıştır (49). Şizofrenide genellikle farmakolojik tedaviler tipik ve atipik antipsikotikler olarak ikiye ayrılmaktadır:

Tüm tipik antipsikotiklerin ortak etkisi D2 reseptörlerine büyük ilgi ve antagonist etkileri ile bilinmektedir. Bu ilaçlar yüksek antipsikotik özelliğe sahip olup sıklıkla Ekstrapiramidal yan etkilere (EPS) neden olurlar. Daha çok pozitif belirti ve bulgular üzerinde etkileri olurken, bilişsel ve negatif belirtiler üzerinde etkileri daha düşüktür (31). Yapılan çalışmalarda Dopamin reseptör antagonistlerinin D2 reseptörlerinin yarısından fazlasını içerdikleri ve bu şekilde etki gösterdikleri belirlenmiştir (50).

Tipik antipsikotikler; fenotiyazinler, bütirofenonlar, tiyoksantenler, dihidroindolonlar, dibenzepinler, difenilbütülpiperidinler şeklindedir (50). Atipik antipsikotiklerde tek bir etkiden bahsetmek söz konusu değildir. Genellikle D2 reseptörlerine antagonist etki

göstermektedir. Bu ilaçların belirli bir kısmı dirençli şizofrenide klozapin örnek alınarak oluşturulmaktadır (51). Atipik antipsikotikler, tipik antipsikotikler kadar psikotik belirtilerde etki gösterirler. Negatif, bilişsel ve depresif belirtilerde tipik antipsikotiklere göre daha fazla etki gösterdikleri bilinmektedir (52). EPS en çok tipik antipsikotiklerde, atipik antipsikotikler arasında ise en çok risperidonda gözlenir (8). EPS'ler genellikle Akatizi, parkinsonizm, akut distoni, tardiv diskinezi şeklindedir. Bunlar arasında en sık görülen akatizidir (8). Kısaca atipik antipsikotiklerin özellikleri;

-Şizofrenideki psikotik belirti ve bulguda etkilidirler.

-Tipik antipsikotiklerin etki etmediği pozitif semptomlarda ve negatif semptomlarda etkili olmaktadır.

-EPS'leri daha düşüktür.

-Prolaktin seviyesinde yükselmeye neden olmazlar.

Atipik antipsikotikler; dibenzepinler, benzisoksazol ve tiyobenzodiyazepin şeklindedir. Diğer bilinen ismi Serotonin-Dopamin reseptör antagonistleridir. Risperidon, olanzapin, ketiapin, aripiprazol, amisülprid, sertindol, ziprasidon gibi çeşitli türleri bulunur. Tipik antipsikotiklere oranla yan etkileri daha az olmasına rağmen şişmanlık, uyku ve iştah artma gibi yan etkiler gösterebilir (50).

Şizofrenide kullanılan diğer ilaçlara bakıldığında; destekleyici tedavilerden en çok lityum, antikonvülzan ve benzodiazepinler kullanılır. Dopaminerjik resöptör antagonisti de başarılı olmazsa yardımcı tedavilere geçilmektedir (32).

Şizofreni de en etkin tedavi yöntemlerinden biri de EKT'dir. EKT; etkinliğinin ve güvenliğinin fazla olması, yan etkilerinin ilaçlara göre daha az düzeyde olması, yaşamın tehdit altında olduğu psikiyatrik hastalıklarda kullanımı, hastanede yatış süresinin azalmasını sağlaması ve hem hastalığın süregelen olmasını önlemesi hem de tedavi maliyetini azaltması açısından şizofreni tedavisindeki önemini korumaktadır. Etki mekanizması dışarıdan beyne elektrik akımı verip uyararak tipik Grand mal epilepsi nöbetleri oluşturma yöntemine dayanan psikiyatride biyolojik tedavi yöntemlerinden birisidir (53,54). EKT'de affektif belirtileri olan ya da katatonik seyir gösteren şizofreni hastalarında daha iyi cevap alınmaktadır. EKT pozitif belirti gösteren şizofreni tipinde etkili iken negatif belirtilerle ilerleyen şizofreni de etkisizdir. Şizofrenide EKT'ye yanıtın olumlu olmasını sağlayan faktörler; akut başlangıç göstermesi, depresif belirtiler göstermesi, atakların kısa süreli olmasıdır. Perseküsyon sanrılarında ilaç tedavisi ile EKT'nin birlikte uygulanması düzelmeye sağlamaktadır (55,56).

Psikososyal tedavide; ilaçların etkilerinin çok yeterli olmaması, yan etki oluşturmaları sebebiyle hastaların ilaç kullanmak istememeleri, kullanılan ilaçlara rağmen relapsların oluşu, hastaneden çıkan hastaların yaşam kalitelerinin verimsiz oluşu aynı zamanda kullanılan ilaçların sanrı, varsanı, bilişsel bozukluklar gibi belirtilere etki ederken bireylerin duygusal ve kişisel ihtiyaçlarının geri planda kalmasına neden olmaktadır. Bu gibi durumlar şizofreni tedavisinde psikososyal tedaviyi akla getirmektedir (23,32,57). Psikososyal tedavilerle bireylerin farmakolojik tedaviye uyumunun sağlanmasına, bilişsel ve bireylerarası iletişimin gelişmesine, problem çözme yetilerinin artmasında, hastalığa ait belirtileri anlamak ve izlemek, alkol maddeden kaçınmak gibi alanlarda yarar sağlamaktadır (31). Şizofreni tanılı hastalar farmakolojik tedavi almasına rağmen psikotik ataklarının azaldığı ancak belirtilerinin süreğen olarak devam ettiği bilinmektedir. Hastalığın belirtileri arasında görülen sosyal ve mesleki işlev bozukluğunun ilaç tedavisine ek olarak başka müdahalelerinde olması gerektiği vurgulanmaktadır (58). Kliniklere yatırılan hastaların geneli uzun süre olmadan tedavilerini alıp taburcu edilmektedir. Ancak kısa bir süre sonra yaşadıkları o döneme tekrar dönmektedir. Bu da bireyleri ve ailelerini olumsuz etkilemektedir.

Şizofreni tanılı hastalar ve ailelerini onların ihtiyaçları çerçevesinde bilgilendirip yönlendirmek büyük öneme sahiptir. Uygulanan psikoterapiler ile hasta ve ailelerinin gerçekçi beklentiler içine girmesi sağlanmaktadır. Aynı zamanda hastalık hakkında bilgi sahibi olması, baş etme yeteneklerinin artması böylelikle bireylerin daha kaliteli bir yaşam sürdürmesi sağlanmaktadır (59). Bireylerin, alacakları psikoterapilerle ilgili eğitim alması, hastaların ve ailelerinin verdikleri negatif etkilerini en alt düzeye indirgemektedir. Bununla beraber bireylerin iyileşme sürelerinin kısaltılmasını sağlamaktadır (60,61).

Bilişsel tedavi düşünce ve inançları farklılaştırıp değiştirmeyi hedeflemektedir. Daha çok anksiyete ve depresyon da kullanılırken psikotik bozukluklarda davranışçı tedavi ile uygulanmaktadır. Hezeyan ve halüsinasyonların yanında geçmeyen inatçı belirtilerle baş etmede bilişsel davranışçı terapi kullanılmaktadır. Şizofreni hastalarında tedavinin biçim ve içeriğinde değişimlerle bireyin belirtilerinin yanında bu belirtilerin oluşturduğu stres ve sıkıntıyı da ortadan kaldırıp bireylerin işlevlerinin artmasını sağlamaktadır (60,61). Şizofrenide bilişsel davranışçı tedavi (BDT) yaklaşımları; standart tedaviyle birlikte yapıldığında sadece standart tedavi alan hastalara oranla hastalığın tekrarlama oranını düşürmez fakat hastanede taburculuğu kolaylaştırmaktadır (24).

BDT, hastanın kendisini pasif bir durumdan aktif bir duruma getirmesini, hasta ve terapistin işbirliği yaparak sorun çözümünü sağlamak ve etkin katılımcı olmasını, bireylerin damgalamalarının azaltılmasını sağlamaktadır (62).

Şizofrenideki aile terapisinde; aile hem ruhsal hem de fiziksel hastalıkların üzerinde önemli role sahiptir. Hastalığın iyilik halini etkileyen en temel sebeplerden biri aile ve çevresidir. Ruhsal hastalığı olan bir bireye sahip ailelerde, işlevler bozulur ve buda hastalığın klinik belirti ve bulgularını olumsuz etkilemektedir (63). Şizofreni hastalığı bireyin kendisini etkilediği gibi içinde bulunduğu aileyi de etkilemektedir. Hastaların önemli bir bölümü aileleri ile yaşamını sürdürmektedir. Bu durum hem bireyi hem de ailesini hastalıkla mücadele etmek mecburiyetinde bırakmakta ve işlevselliklerini de etkilemektedir (31). Tüzer ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada şizofreni hastalarında aile ortamı ile ilgili faktörlerin hastalığın şiddeti bakımından dikkat edilmesi gereken faktör olduğu ve aile ortamında yapılan düzeltmelerle hastalığın gidişine olumlu katkılar sunabileceği belirtilmiştir (64).

2.2. Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE)

RUTBE 4 farklı alandaki ihtiyaçları karşılamak üzere oluşturulmuş bir ruhsal toplumsal tedavi yöntemidir. Bu dört gereksinim;

-Hastalığı yönetebilmek (hastalığı bilmek ve anlamak, tedaviyi değerlendirmek, ilaç kullanımını ve yan etkilerini öğrenmek)

-Ruhsal olarak güçlü olmayı sağlamak (özgüveni arttırmak, sıkıntının üstesinden gelmek)

-Toplumsal beceri alanlarını geliştirmek (arkadaşlık ilişkilerini arttırmak, sosyal etkinliklere katılmak) olarak bilinmektedir. Bununla birlikte RUTBE; aile eğitimi, ruhsal eğitim, toplumsal beceri gibi grup tedavi yöntemlerini içerir.

RUTBE programı, hastalara sadece bilgi vermekle kalmayıp, öğrenilen bilgiyi eğitimle beceri haline getirecek ve kalıcı olmasını sağlayan bazı teknikleri de ekleyerek hastaların günlük yaşamda daha aktif ve daha etkili olmalarını sağlamayı amaçlamaktadır (9,60).

Şizofrenide Ruhsal ve Toplumsal Beceri Eğitiminde konular;

1) İletişim becerilerini geliştirme; şizofreni tanılı hastaların iletişim kavramlarını öğrenmesini, kişilerarası ilişkilerini geliştirmeyi ve iletişim sorunlarını gidermeye yönelik beceri alanıdır.

2) **Duyguları tanıma ve ifade etme becerilerini geliştirmek**; etkili iletişim geliştirebilmek için duyguları tanıma ve bu duygular ifade edebilmeyi sağlamayı içermektedir.

3) **Sorun çözme becerilerini geliştirme**; bireylerin sosyal yaşamında hastalığı veya herhangi bir alanla ilgili oluşan problemleri çözmeyi, seçenekli düşünmeyi, karar verme ve uygulamaya geçirmeyi hedeflemektedir. Problem çözümünü sağlamaktadır.

4) **Dikkat ve bellek sorunlarıyla baş etmek**; dikkat ve bellek sorunlarının farkına varmayı ve bu alandaki sorunlarla baş edebilmeyi sağlayacak beceri alanıdır.

5) **Düşünce ve algı bozukluğunu anlamak**; hastalığın nasıl ilerlediği, oluşma sebeplerini, belirtilerini, sonlanımı ile ilgili olabilecek sonuçları öğretmek bilinçli olmayı sağlayacak beceri alanıdır.

6) **İlaç tedavisini öğrenmek**; tedavide kullanılan ilaçları, ilaçların etki mekanizmalarını ve düzenli ilaç kullanımının kazandırılacağı beceri alanıdır.

7) **İlaç yan etkilerini öğrenmek**; ilaçların yol açabileceği yan etkileri tanımak ve bu durum ortaya çıktığında neler yapılabileceğini sağlayan beceri alanıdır.

8) **Tedaviyi değerlendirmek**; sürdürülen tedavi de ilaçların doz ayarlamalarını, ilaçların uygun şekilde korunmasını, tedavi düzeninin değerlendirilmesini sağlamayı hedeflemektedir.

9) **İnatçı belirtilerle baş etmeyi öğrenmek**; tedavi ile giderilemeyen belirtileri tanımayı, onlarla baş etmeyi içermektedir.

10) **Uyarıcı işaretleri tanımak ve izlemek**; şizofreni tanılı hastaların ve yakınlarının hastalığın yükseldiği veya tekrarlanma durumlarında farkına varmayı sağlayacak bilgi ve becerilerini geliştirmeyi aynı zamanda acil eylem planı oluşturmayı içermektedir.

11) **Alkol ve maddeden kaçınmak**; Alkol veya maddenin hastalık üzerine etkisini anlatıp kaçınılması gerektiğini, bunlardan kaçınmanın faydalarını ve önüne nasıl geçileceğini öğrenmeyi sağlayacak becerilerin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

12) **Faydasız tedavi arayışlarından uzak durmak**; şizofreni tanılı hastaların ve ailelerinin hastalığa faydası olmayan tedavilerden kaçınmanın önemini anlatmayı hedeflemektedir.

13) **Sıkıntıyla baş etmek**; hastalığın seyrini etkileme ihtimali olan problemlerli yaşam koşullarına karşı bireylerin nasıl güçlü durabilmeleri gerektiğini ve zorlayıcı durumlar karşısında baş etme yöntemlerini geliştirmeyi sağlayan alanıdır.

14) Özgüveni artırmak; bireylerin özgüvenini yükseltmeyi ve özgüven eksikliğinin nedenlerini anlamaya yönelik beceri alanıdır.

15) Günlük yaşam etkinliklerini geliştirmek; bireylerin zamanlarını daha etkin kullanabilmelerini bunun önemini ve günlük yaşamlarını düzene sokmayı aynı zamanda yaşamdan doyum almayı içermektedir (9,60).

16) Arkadaşlık ilişkilerini geliştirmek; şizofreni tanılı hastaların arkadaş edinmelerini önleyen faktörleri, arkadaş edinmenin önemi bununla beraber dostluk ilişkilerini arttırmayı içermektedir.

17) Toplumsal etkinliklere katılmak; bireylerin mutluluk ve haz veren aktivitelere dâhil olmalarını ve sosyal etkinliklerin faydalarını anlamalarını geliştiren bölümdür.

(Yıldız 2019).

Bu alanlarda becerilerin geliştirilmesi için şu öğretim teknikleri kullanılmaktadır:

-Amacın ortaya konması ve genel bilgiler; burada istenen hedefler anlatılmakta, konuyla ilgili genel bilgiler verilerek konuya güdülenmeleri sağlanır. Uygun benzetmelerle konuyu daha iyi anlamaları sağlanır. Kesin olarak bilinmesi gereken bilgiler çizelge haline getirilip öğrenmelerinin sağlanması ve aynı zamanda bir kopyasının da hastaya verilmesi sağlanır.

-Deneyimlerin paylaşılması; şizofreni tanılı hastaların yaşadıkları deneyimleri anlatması, hatalı davranışların vurgulanarak anlatılması sağlanmaktadır. Aynı zamanda konunun netleşmesinde ve hastaların anlattıklarında yalnız olmadıklarını görmeleri sağlanır.

- Rol oynama; anlatılan bilgilerle konunun pekişmesi için rol oynama yapılmakta ve hastaların içselleştirilmesi sağlanmaktadır. Hastalardan uzman rolünü oynayarak öğrendiklerini bir kez daha pekiştirmeleri istenir. Rol oynamanın ardından hastaların iletişim becerileri diğer hastalar tarafından değerlendirilir ve olumlu geribildirimlerle düzeltilmesi gerekenler vurgulanır. Oynanacak senaryonun hastaların dikkatini çekecek şekilde olmasına dikkat edilmeli böylece istekli oynamaları sağlanır.

-Sorun çözme; ortaya çıkabilecek problemler örneklerle sunularak çözüm basamakları geliştirilir. Bilişsel alıştırmaya olan sorun çözümede hastaların sorun olarak gördükleri şeylerin tanımlaması yapılır, bu sorunun üzerinde düşünmeyi, uygun çözümler üretmeyi, seçmeyi ve karar vermeyi sağlar. Seçenekli düşünmeyi sağlayarak olayların yarar ve zarar yönünü görmeyi sağlar.

-Toplumsal algı çalışması; hastalara toplumsal olaylarla ilgili resim gösterilir. Resimde ilişkilerin nasıl olduğunu, resimle ilgili ayrıntılı betimlemeler yapılması, resimde hangi olayın olmuş olabileceği, resimde ki duyguların ne olduğu ve resme başlık konya ne olabileceğini anlatmaları istenir (9,60).

-Alıştırma; hastaların öğrendiği bilgileri daha iyi pekiştirmesi için alıştırma yapması istenir. Hastaları gözlemleyerek başarımları hakkında olumlu dönüşler yapılır. Ne kadar çok alıştırma yapılırsa o kadar çok içselleştirilmesi sağlanır.

-Ev ödevleri; beceri alanlarına yönelik ev ödevleri verilir. Böylece hastaların kendi kendilerine öğrenmeleri sağlanarak hastaların bağımsız hareket edebileceğini gösterir.

-Aile eğitimi; hastaların sıkıntılarla ve zorluklarla mücadele etmesinde en önemli desteği ailedir. Aile hastaların buldukları ortama adapte olmasını sağlayan önemli bir etmendir. Ev ödevlerini yapmada yardımcı olmada, eğitim sırasında eğer varsa ailenin olumsuz tutumları üzerinde de konuşulur.

-Destek oturumlar; daha sonradan ortaya çıkan sorunların çözümlenmesinde önemli rol oynar. Sorunlara yönelik eğitimdeki teknikler kullanılarak sorunların çözülmesi sağlanır. Süresi hastanın durumuna bağlı olarak yıllarca da sürebilir.

Grubun oluşturulması: Grubun oluşturulmasında hastaların seçilmesi önemlilik arz etmektedir ve RUTBE grupları, ayaktan tedavi gören hastalardan oluşmaktadır. Yatan hastalara da bazı değişiklikler yapılarak uygulanabilir. Hasta seçiminde gruba katılabilecek düzeyde olması beklenir.

Üye sayısı: Grubun sayısı ortalama 8-10 arasında değişmektedir. Her hastayla yeterince ilgilenilebilmek için üye sayısının az olması istenir.

Oturumun sıklık ve süresi: Hazırlık oturumunda bu süre ve sıklık konuşulmalıdır. Haftada üç kere 30-45`er dakikalık seanslar halinde uygulanmaktadır (60).

Grubun başlatılması; ilk olarak grubun amacı belirlenir ve ifade edilir. RUTBE `de yapılacak ve işlenecek konular anlatılır. Eğitimin ne kadar süreceği, oturum sayıları ve süresi hazırlık oturumunda belirtilir. Hastaların eğitimden beklentileri sorgulanır. Gruptaki yer ve kişiler aynı olmalı çünkü süreklilik hastalar için önemlilik taşımaktadır (60).

Grubun sonlandırılması; önemlilik arz eden bir aşamadır. Son oturumda hastalara isterlerse destek oturumunun da verilebileceği söylenmeli ve eğitimin sonuna kadar geldikleri için kutlanmalıdır.

Ardından şimdiki kadar neler öğrendikleri üzerinde ayrıntıya girmeden konuşulur. Hastalara başarılarından dolayı “Başarı Belgesi” verilir (60).

2.3. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; bireyin kendini iyi ve mutlu hissetmesi, günlük işlerinin, öz bakımını, sosyal görevlerini yerine getirmesini içeren bir kavramdır (65). Başka bir tanımda; "yaşam şartları içerisinde olabilecek bireysel doyumun seviyesini etkileyen, hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri belirten bir terim" şeklinde de belirtilmektedir (66). Bu terim bir taraftan bireyin fiziksel sağlığı, ruhsal durumu, toplumsal ilişkilerini, diğer taraftan kendi içinde bulunduğu çevreden etkilenme şeklini belirten çok boyutlu bir kavramdır (15,66). Yaşam kalitesi, ağır ruhsal hastalıklar nedeniyle de olumsuz etkilenmektedir (67).

Bazı nedenlerle ruh sağlığı bozulmuş olan kişiler, hayatlarının önemli bir kısmını üretme işlevini kaybetmiş, mutsuz ve doyum almayan bir şekilde sürdürmektedir (15). Şizofreni tanısı almış hasta ve aileleri hastalıkları süresince birçok problemle karşı karşıya kalmaktadır (15). Şizofrenide hastalıktan önceki işlevselliği ile karşılaştırıldığında az ya da çok hasar olmakta ve bireyin gücü kaybolmaktadır. Şizofreniye özgü belirgin bir görünüm yapılmassa da tuhaf bir görüntü ve davranışlar dikkat çekmektedir. Toplumsal ve içinde bulunulan kültüre özgü kalıpların dışında bir tavır sergilemektedir. Hastalık belirtileriyle birlikte diğer alanlarda da tedavi müdahalesine rağmen tedaviye yanıt verememe, mesleki, akademik ve öz bakımda işlevsizlik görülmekte olup bu da bireyin yaşamının kalitesiz hale gelmesine neden olmaktadır (32). Bundan ötürü sağlık hizmetlerinin hedefi sadece hastalık belirtilerini ortadan kaldırmak değil aynı zamanda bireylerin yaşam kalitelerini yükselterek yaşadığı topluma uyumunu sağlamaktır. Şizofreni de asıl odak nokta bireyin belirtilerini en hafif düzeye indirip hastalık nüksünü önlemekten öte bireyin yaşam niteliğini arttırıp daha mutlu ve kaliteli bir yaşam sürmesi amaçlanmaktadır (15). Hasta, aile ve tedavi ekibi ile iş birliği yapılarak bireyin yaşam kalitesi ve iyileşmesini sağlayan etmenler göz önüne alınarak tedavinin etkinliğinin arttırılması hedeflenmektedir. Böylece şizofreni tanılı hastaların benlik saygısı, karar verme gücü ve toplumsal beceri alanlarının geliştirilmesi ile yaşam kalitesinde iyileşme gözlenmektedir (30). Bu durumların bireyin daha mutlu topluma yararlı, üretken bir birey haline getirdiği belirtilmektedir. Gelişen Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ile bireylere gerekli destek sağlanarak birey hastalığı boyunca

hastanede yatmadan toplumsal hayattan uzak kalmadan tedavilerini devam ettirmekte aynı zamanda azalan işlevsellikleri de bu merkezlerde arttırılmaktadır (15).

2.4. Şizofreni ve Toplumsal İşlevsellik

İşlevsellik, kişinin kendi bakımını yerine getirebilmesi, yapılacak günlük aktiviteleri yerine getirip sürdürmesi, içinde bulunduğu topluma ayak uydurabilmesi için gerekli sosyal becerilere sahip olması, bireylerarası ilişkilerin varlığı ve sosyal olarak bilinen görev ve beklentileri karşılaması olarak ifade edilmektedir (68). İnsan sosyal bir varlık olduğu için bu işlevsellik genellikle toplumsal işlevsellik olarak tanımlanmaktadır (68). Yaygın olarak ifade edilen toplumsal işlevsellik terimi “toplumsal yetkinlik”, “toplumsal uyum”, “toplumsal başarı” ve “toplumsal işlevsizlik” gibi ifadelerle de belirtilmektedir (19).

Dünyada birçok insanı etkileyen şizofreni işlevsizliklere yol açmaktadır. Şizofrenide işlevsellik hastalık belirtileri ve belirli alanlardaki bozulmalardan etkilenmektedir (68). Şizofreni hastalığı nedeni ile iş hayatında çalışabilme, iletişim kurabilme, kendi başına bağımsız bir birey olarak hayatını sürdürebilme gibi erişkin yaşamın getirdiği yeterlilikler sınırlandırılır veya kapasitelerinin hasar görmesine neden olur (11). Bu durumlar kişilerin toplumsal işlevselliklerinin hasar görmesine neden olmaktadır (11). Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar belirtileri gidermesine rağmen işlevselliğe direnç göstermektedir. Ancak verilecek psikososyal tedavilerle bireylerin toplumsal işlevselliklerinin düzelme gösterdiği belirlenmiştir. Bu sayede farmakolojik ve psikososyal tedavinin bütünleşmesi ilerlemeyi sağlamaktadır (11). Farmakolojik tedavi ve psikososyal tedavinin birlikte uygulandığı TRSM'lerde şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıklarda aile terapileri, sosyal beceri eğitimleri, bilişsel davranışçı terapilerle hastalığın ruhsal ve toplumsal yönüne vurgu yaparak işlevsellikte artmayı hedeflemektedir (11).

Özdemir ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada TRSM'ler de psikososyal tedavi alan şizofreni hastalarının poliklinikte izlenen şizofreni hastalarına göre işlevsellik puanlarının arttığı belirtilmektedir (69).

2.5. Şizofreni ve Tedaviye Uyum

Uyum; sağlıklı bir yaşam sürdürmeyi, reçete edilen tedavileri zamanında ve uygun dozlarda kullanmayı ifade etmektedir. Bu durumların tam tersi; gereksiz ilaç kullanımı, ilaçları kötüye kullanım gibi durumlar ise uyumsuzluğa işaret etmektedir (70). Tüm tedavi uygulamalarında başarılı olmanın ana temeli tedaviye uyumdur (71).

Tedaviye uyumun birçok tanımı bulunmaktadır. Bunlardan biri yapılan kontrollere düzenli bir şekilde gelmeyi, önerilen ilaçları düzenli kullanmayı ve verilen tedavi programlarını yerine getirmeyi içermektedir (72). Tedaviye uyumunda belirtilen sadece reçete edilen ilaçları düzenli kullanmak değil aynı zamanda sağlık çalışanlarının ifade ettiği tüm önerileri dinlemek, kabul etmek ve davranışlarıyla ortaya koymaktır (71). Tedaviye uyum öğeleri; belli bir tedavi planına başlayıp tamamlamak, çağırılan tarihlerde kontrole gelmek, önerilen ilaçların uygun zamanda ve uygun dozda almak, diyet ve davranışla ilgili farklılıklara uymaktır (71). Psikiyatrik sorunları olan hastaların fiziksel hastalıklara oranla daha fazla uyumsuzluk gösterdiği aynı zamanda uyumsuzluk nedenlerinin birçoğunun kontrol altına alınabilecek düzeyde olduğu ifade edilmektedir (70). Hastaneden çıktıktan sonra ilk 3 ay içerisinde şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastaların yarısının kısmi, %20'lik bir kısmının ise tedaviye tam bir uyumsuz durum gösterdiği belirtilmektedir (72,73). Tedaviye uyum sorunları, hastaneye yatışların yükselmesine, yatışların uzamasına, psikotik belirtilerin uzamasına ve prognozun kötüleşmesine neden olmaktadır (74). Tedaviye uyumsuzluğunun sebepleri arasında; içgörü eksikliği, damgalanma, bireylerin ilaçlarla ilgili korku ve kuşku, hastalığın ilerleyişi hastaların psikiyatrik durumuyla ilgili olabileceği gibi ilaca bağlı yan etkiler, sosyal desteğin yetersiz olması, tedaviyi yanlış algılama, maliyetteki güçlükler, kültürel inançlar gibi etkenlerde rol oynamaktadır. Aynı zamanda aile ve yakınların da ilaç tedavisine olan tutumları da önemlilik arz etmektedir. Tedaviye uyumsuzluğunun çözülmesinde ilk olarak yapılacak altta yatan nedeni araştırmak ve uzun vadede üzerinde durmaktır (16). Dilbaz ve arkadaşlarının (2006) yapmış olduğu çalışmada yan etkisi az olan, doz aralıkları basit olan, tolere edilebilirliği iyi olan ilaçlarla şizofreni tanılı bireylerin uyumunun artırılabilirliği ortaya konmuştur. Buna bağlı olarak tedaviye uyumsuzlukların nedenlerinin belirlenmesinin uyumun yükseltilmesi için bir çözüm sağladığı belirtilmektedir (17,74).

Tedaviye uyumunun artırılabilmesi için; hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, teröpatik iletişim kurulması, basit anlaşılır tedavi düzeni yapılması, eğitimler verilmesi, tedaviye uyumlarının kontrol edilmesi, iç görülerinin olması hastanın işlevselliği açısından önem taşımakla birlikte hastaların tedaviye uyumlarıyla birlikte hastalık tekrarında azalma ve yaşamlarının daha kaliteli hale gelmesi sağlanmaktadır (75). Aynı zamanda ekonomik güçlükler, hastanın sağlık hizmetlerinden yararlanamaması gibi durumların ortadan kaldırılması önemlilik taşımaktadır. İlaç kutularının görülebilir yere konması, hatırlatıcı

alarmların kurulması, ilaç kullanmadığında belirtilerin kötüleşebileceği ile ilgili bilgilendirme gibi bireyin yaşamında yapılan ufak değişiklikler ile aynı zamanda bilişsel davranışçı terapiler, sosyal beceri eğitimleri, psikoeğitimler ve aile eğitimleri ile uyumun arttırılabileceği belirtilmektedir (16,71).

2.6. Şizofrenide Hemşirelik Bakımı

Sağlık hizmetleri insanı bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden bir bütün olarak ele almaktadır. Sağlık hizmetlerinin bu şekilde bütüncül yürütülmesinde psikiyatri hemşireleri büyük öneme sahiptir. Şizofreni tanılı hastaların bakımında biyo-psiko-sosyal yaklaşımı uygulamak önem taşımaktadır. Biyo-psikososyal modelde; iletişim, toplum ruh sağlığı, kişilerarası ilişkiler, aile terapisi gibi alanlarla iç içedir. Psikiyatri hemşireleri şizofreni tanılı bireylerin iyileşmelerine, iyilik halini en üst seviyeye çıkarıp devam etmesine yardımcı olmada rol oynamaktadır (24,36).

Hemşirelik girişimleri; hastalığa yoğunlaşma şeklinde değil hastayı öncelikle birey olarak kabullenme ile başlamaktadır. Şizofreni tanılı bireyler sosyal iletişime kapalı olduklarından hemşireler öncelikle teröpatik ilişki kurarak saygı, ilgi, güven ve hoşgörü göstererek şizofreni hastasının sosyal yaşama uyumunu arttırabilmektedir (76). Şizofreni hastalarının ailesi de yaşadıkları sorunları nasıl çözeceklerini bilmemekte, çevrenin de etkisiyle yanlış tutum ve tavır sergilemektedir. Buna bağlı olarak hemşirelik girişimleri aileyi de kapsayacak gerekli bilgi, iletişim ve sorun çözme becerilerini öğreten yaklaşımları da içermektedir. Şizofreni de psikiyatri hemşiresinin hastayla tedavi edici ilişki geliştirmesi, güvene dayalı ortam oluşturması, hasta ve ailesinin de tedaviye dâhil edilmesi, bilişsel yetileri geliştirecek eğitimlerde bulunması gerekmektedir (77).

Ruh sağlığı ekibinden olan hemşireler; şizofreni hastalarının yaşam kalitesi, toplumsal işlevsellikleri ve tedaviye uyum konularında da önemli rol ve sorumluluklara sahiptir. Şizofreni tedavisinde ve hemşirelik bakımında belirtilerin ortadan kaldırılmasının yanında yaşam kalitesinin arttırılıp içinde bulunduğu topluma aktif olarak katılımı amaçlanmaktadır. Hemşirelik bakımında tekrarlı yatışları önleme, tedaviye uyumu sağlama, yeti yitimini an aza indirmekle ve hastaneden çıktıktan sonraki hayata uyum için eğitim program seçenekleri sunarak hasta ve ailesine psikososyal destek sağlamaktadır (78).

Şizofrenide hemşirelik girişimleri hastanın yaşadığı topluma etkin olarak katılımını içermektedir. Hemşireler bireylerle teröpatik iletişim geliştirmek, hastanın

sınırlılıklarını izlemek ve yaşadığı toplumun içinde iyileşmesi için toplumsal çevrenin de düzenlenip kontrol edilmesini sağlamaktadır. Yine hastaların kendilerini damgalamasından uzaklaştırarak aktif toplumsal ilişkiler geliştirmesi için rehberlik ederler (79). Hemşireler hastaların tedavi süreçlerinde uyumu etkileyecek faktörleri belirleme, durumunda ne gibi değişiklikler olduğunu izleme, uyumsuzluğun nedenlerini anlama ve önlemeye yönelik işlemlere sahiptir. Tedavi uyumunda hemşirelik bakımının amacı tedaviye bağlı yan etkileri önleme ve bunlarla baş etmede aynı zamanda belirtilerin kontrol altında tutulmasında etkilidir. Aynı şekilde aile ve hastayı bilgilendirmek, bireyin kendi tedavisine katılımını sağlamak, tedavi saati ve dozunu uygun şekilde ayarlamak, tedavi aşamalarını takip etmek, ilaçların belirtilerini azaltmaya ve tekrarı önlemeye yönelik olduğu ile ilgili bilgiler vererek tedavi uyumlarının artacağı açısından önemlilik arz etmektedir (80).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma 20 Aralık 2022-20 Haziran 2023 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı şizofreni tanılı hastalarla yapıldı. TRSM'de 1 psikiyatri doktoru, 1 sosyal çalışmacı, 1 psikolog, 2 hemşire, 1 sağlık memuru, halk eğitim merkezine bağlı 1 spor hocası, 1 müzik hocası, 1 el sanatları, 1 tıbbi sekreter, 1 idari ve teknik personel hizmet sunmaktadır. TRSM'de konferans salonu, gözlem odası, spor salonu, yemekhane, terapi mutfağı, TRSM sorumlu hekim odası, ekip odası, bireysel terapi odası, ekip toplantı salonu, çok amaçlı salon, ahşap atölyesi, bilgisayar odası, kütüphane, doktor odası, sergi salonu ve grup terapi odası bulunmaktadır. TRSM de bireylere; hastanın takip ve tedavisi, depo enjeksiyon uygulaması ve takibi, psikoeğitim (hastalık ve tedaviyle ilgili bilgiler, hastalık belirtileriyle baş etme yöntemleri, kriz yönetimi gibi konularda hasta ve yakınlarının eğitimi), bireysel danışmanlık, grup terapisi, öğle yemeği, mutfak terapisi, hobi bahçesi, hem iç mekanda hem de açık havada spor faaliyetleri, beden perküsyonu (beden ritmi), drama, film gösterimi, ahşap boyama, takı tasarımı, internet, kütüphane ve okuma salonu, santraç gibi alanlara yönelik hizmet verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi TRSM'ye kayıtlı 256 şizofreni tanılı birey oluşturdu. Örneklem büyüklüğünün bulunmasında G-Power güç analizinden faydalandı. Önceki araştırmalara bakılıp "Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği" esas alınarak (81) güç analizi ile minimum örneklem genişliği $\alpha:0.05$, testin gücü $(1-\beta)$ 0.95, effect size $d=1.0667417$ yapılan hesaplamayla 24 deney grubu 24 kontrol grubu olarak belirlendi (EK 11). Kontrol ve deney grubu seçiminde yanlılığı en az düzeye indirmek için randomizasyon yöntemiyle TRSM' ye düzenli gelen, çalışmaya dahil edilme kriterleri ve gönüllük esasına uyan şizofreni tanısı alan hastalar dahil edildi. Çalışma, power güç analizi ile belirlenen sayının üstünde toplam 60 hasta (30 deney ve 30 kontrol grubu) ile tamamlandı.

Randomizasyon yöntemi: Çalışmaya dâhil edilen kişiler bilgisayarla randomizasyon yöntemi ile deney ve kontrol grubu olarak ikiye ayrıldı. “Araştırma Randomizer” programından faydalanarak yapıldı (<https://www.randomizer.org>).

p:patient

Deney grubu; p1=6, p2=26, p3=24, p4=8, p5=25, p6=21, p7=19, p8=20, p9=5, p10=22, p11=10, p12=4, p13=2, p14=23, p15=17, p16=18, p17=16, p18=14, p19=13, p20=11, p21=28, p22=12, p23=7, p24=27, p25=9, p26=15, p27=1, p28=3, p29=29, p30=30

Kontrol grubu; p1=13, p2=24, p3=16, p4=29, p5=26, p6=1, p7=7, p8=15, p9=14, p10=27, p11=18, p12=20, p13=23, p14=11, p15=17, p16=12, p17=8, p18=28, p19=9, p20=10, p21=6, p22=22, p23=2, p24=25, p25=30, p26=21, p27=3, p28=5, p29=4, p30=19

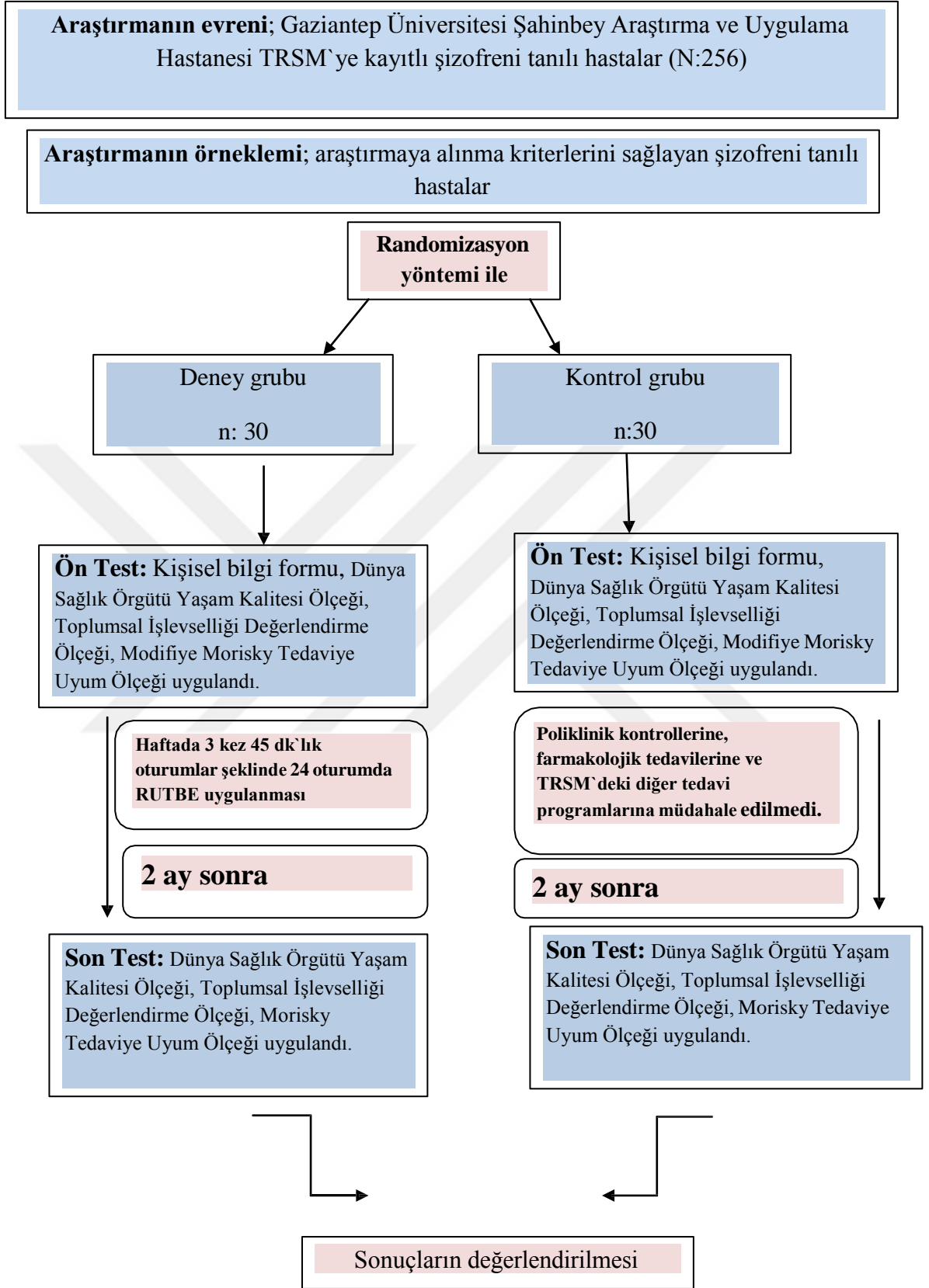
Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

1. En az 6 aydır DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısıyla izlenmek,
2. Araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlamak,
3. 18 – 65 yaş aralığında olmak,
4. Okuryazar olmak

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

1. Şizofreni dışında başka psikiyatrik tanı almış olmak,
2. Akut alevlenme döneminde olan bireyler,
3. İşitsel, görsel ve konuşma gibi ciddi duyuşsal ve bilişsel engeli olmak

Araştırma Şeması



Şekil 3.1. Araştırma Şeması

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) ve Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MMTUÖ) kullanıldı.

3.4.1. Kişisel bilgi formu (EK-3)

Literatüre göre düzenlenen bu formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, ek hastalık durumu, sigara kullanımı gibi hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bilgileri içeren 14 soru bulunmaktadır (2,25,82).

3.4.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR) (EK-4)

DSÖ, 1998 yılından itibaren günümüze kadar yaşam kalitesini ölçme ve değerlendirme üzerine çalışmalar yapmaktadır. Dünya genelinde yapılan pilot uygulamalar neticesinde kişinin iyilik durumunu belirleyen yaşam kalitesi profil ölçeği olan WHOQL 100 oluşturulmuş olup uzun ve kısa olmak üzere iki sürümü mevcuttur. Öteki 22 çalışma merkezlerinde olduğu gibi Türkiye'deki (İzmir) merkezde de eşzamanlı olarak ölçeğin Türkçe sürümünü geliştirilmiştir. 1999 yılında ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 ölçeğinin kısa formu olup içinden seçilen geçerli, güvenilir ve pratik alternatifidir. WHOQOL-100'den 24 bölümün her birinin içinden birer soru alınmış ve birisi genel olarak algılanan yaşam kalitesi, diğeri ise algılanan sağlık durumuna ilişkin iki soru daha eklenerek bu ölçek oluşturulmuştur (25,83,84). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bir ulusal sorunun daha eklenmesiyle birlikte WHOQOL-BRIEF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmiştir (85).

Ölçekteki maddeler;

Genel sağlık durumu (1 ve 2)

Fiziksel sağlık (3,4,10,15,16,17 ve 18),

Psikolojik alan (5,6,7,11,19 ve 26)

Sosyal Alan (20,21 ve 22)

Çevresel alan (8,9,12,13,14,23,24 ve 25)

5'li likert tipi bir ölçek olup her soru 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. Alınan toplam puan arttıkça doğru orantılı olarak yaşam kalitesi de artış göstermektedir.

3, 4, 26 ve 27 sorular olumsuz sorular olup bu sorulara verilen cevapların puanları, olumlu sorular ile aynı yönde skor hesap yapılabilmesi için 62`den çıkarılarak ham puan bulunur. Global skor için çevre alanında bulunan 7 sorunun toplam puanı alınarak 7`ye bölünür. Alt alan puanlarından alınan ortalamanın 4 ile çarpılması ile oluşmaktadır. Alan puanı arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa sayısı 0,89 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı 0,910`dur (25,83,8,86).

3.4.3. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) (EK-5)

Yıldız ve arkadaşları (2019) tarafından şizofreni tanılı bireylerin toplumsal işlevsellik düzeyini belirlemek için 19 maddeden oluşmuştur. Hasta, hasta yakını ya da araştırmacı tarafından doldurulabilen üçlü likert tipinden oluşan ölçek 1 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Dört alt boyuttan meydana gelen toplumsal işlevsellik ölçeğinin ilk 7 maddesi öz bakımla ilgili, 8 ve 14. sorular kişilerarası ilişkiler ve eğlenti, 15 ve 18. sorular bağımsız yaşama, son bölüm olan 19. madde de çalışma kısmını oluşturmaktadır. Alınacak puan 19 ile 57 arasında olup, alınacak puan arttıkça orantılı olarak toplumsal işlevsellik düzeyi de artış göstermektedir. Ölçeğin alfa katsayısı 0.84 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda Cronbach alfa katsayı 0,867`dir (81,87,88).

3.4.4. Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MMTUÖ) (EK-6)

Donald E. Morisky tarafından Morisky Tedaviye Uyum ölçeği geliştirilmiştir. Ardından 1986 „da Morisky ve arkadaşları tarafından geçerlilik çalışması yapılmış ve 4 soruluk bir anket geliştirilmiştir. Daha sonrasında bağımsız araştırmacılar tarafından 2 soru daha eklenmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği; Vural ve arkadaşları tarafından yapılmış olup 2. sorunun Türkçe çevirisinin tam olarak anlaşılmadığı görülmüş ve negatif olan soru pozitif çevrilmiştir. Sonuç olarak 6 sorudan oluşan Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği`nin son hali ortaya çıktığı belirtilmektedir. Evet ya da hayır şeklinde cevaplanmış değerlendirilmesi; 2. ve 5. Soruda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda evet 0 puan hayır 1 puandır. 1,2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3,4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0,74 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda Cronbach alfa katsayı 0,655 olarak belirlendi (89).

3.5. Verileri Toplama Yöntemi

Araştırmada önce araştırmacı tarafından TRSM'nin kayıtlarından şizofreni hastalarının dosyaları incelenerek, hastalara ait bilgiler kriterlere uygunluk yönünden değerlendirildi. Kriterlere uygun olan hastalara araştırmanın amacı, önemi, eğitim içeriği ile ilgili bilgi verildi. Araştırmayı kabul eden hastalardan randomizasyon yöntemi ile deney ve kontrol grubu oluşturuldu. Araştırmaya alınan deney ve kontrol grubundaki tüm hastalara programa başlamadan hemen önce Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu'nun imzalanması ve ön test (Kişisel Bilgi Formu, WHOQOL-BREF-TR, TİDÖ, MMTUÖ) uygulaması yapıldı. Ardından deney grubuna 2 ay boyunca haftada 3 kez 45 dakikalık 24 oturum halinde RUTBE eğitimi verildi. RUTBE uygulaması, deney grubundaki tüm hastalar için GAÜN TRSM'de grup terapi odasında belirlenen günlerde grup halinde yapıldı. Hastalar belirlenen plana uygun olarak programa grup halinde katıldı. Deney grubundan 5'er kişilik 6 grup oluşturuldu. İlk 3 grup iki aylık dönemde, diğer 3 grup ise diğer 2 ayda eğitimini tamamladı. İlk 3 grubun eğitim günleri; 1. grup pazartesi, salı ve çarşamba; 2. grup çarşamba, perşembe ve cuma, 3. grup ise pazartesi, salı ve perşembe günü eğitime alındı. Diğer 3 grup ise daha sonraki ayda yine aynı şekilde 4. grup pazartesi, salı ve çarşamba; 5. grup çarşamba, perşembe ve cuma, 6. grup ise pazartesi, salı ve perşembe günü eğitime alındı. Eğitim günleri ve saatleri gruplardaki bireylerin ortak kararlarıyla belirlendi. Hastaların oturumlara katılım sağlamaları araştırmacı tarafından takip edildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında grupların poliklinik kontrollerine, farmakolojik tedavilerine ve TRSM'deki diğer tedavi programlarına müdahale edilmedi. Deney grubuna verilen eğitim bittikten sonra deney ve kontrol grubuna son test (WHOQOL-BREF-TR, TİDÖ, MMTUÖ) uygulandı. Son testler uygulandıktan sonra kontrol grubu için de RUTBE uygulaması becerileri ile ilgili 1 günlük eğitim programı uygulandı. Programa katılan hastalara RUTBE broşürü verildi.

3.6. Şizofreni Tanılı Hastalara Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Uygulama Adımları (EK-12)

Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi yapacak olan araştırmacı, eğitime başlamadan önce RUTBE programına katıldı ve katılım belgesi aldı (EK 10). Verilecek eğitim programı Mustafa Yıldız tarafından geliştirilen RUTBE eğitimi esas alınarak oluşturulmuştur (60). Genellikle 3-4 ay olarak uygulanması önerilmekte, seans sürelerinin 30-45 dakika

arasında olabileceği ve gereksinime göre süre ve seansların artırılabilceği belirtilmektedir. Program 17 beceri alanından oluşmaktadır. Bu aşamalar:

Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin Program İçeriği	
-Hazırlık oturumu	
-Tanışma	-Hastalık hakkındaki bilgileri sorgulandı.
-Eğitimin tanıtımı yapıldı.	-Eğitimin amacı belirtildi.
-Grupun düzeni ve kurallarından bahsedildi	-Hastaların beklentileri üzerinde duruldu.
1.Beceri alanı: İletişim becerilerini geliştirmek	
-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi.	
-Etkili iletişim öğeleri sayıldı.	
-Rol oynama yöntemi ile uygulama yapıldı.	
-Başarımları değerlendirildi.	
2.Beceri alanı: Duyguları tanıma ve ifade etme becerilerini geliştirmek	
-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi.	
-Duyguların özellikleri soruldu ve tahtaya yazıldı.	
-Akılcı duygulanımın basamakları sayıldı.	
-Konuyla ilgili hastaların yaşadıkları deneyimlerin paylaşımı sağlandı.	
-Konuyla ilgili alıştıırma yapıldı.	
3.Beceri alanı: Sorun çözme becerilerini geliştirmek	
-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi.	
-Sorunlar karşısında etkin tutumlardan bahsedildi.	
-Sorun çözme basamakları sayıldı.	
-Beceri alanında öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesi için alıştıırma yapıldı.	
4.Beceri Alanı: Dikkat ve bellek sorunlarıyla baş etmek	
-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi.	
-Dikkat, bellek ve yürütücü işlevler arasındaki ilişki üzerine konuşuldu.	
-Konuyla ilgili hastaların yaşadıkları deneyimlerin paylaşımı yapıldı.	
-Dikkat ve bellek zorluklarının üstesinden gelmek için yapılabilecekler listesi oluşturuldu.	
-Beceri alanında öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesi için alıştıırma yapıldı.	
5. Beceri alanı: Düşünce ve algı bozukluğunu öğrenmek	
-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi.	
-Düşünce ve algı bozukluğunun belirtileri sayıldı.	
-Konuyla ilgili hastaların yaşadıkları deneyimlerin paylaşımı sağlandı.	
-Rol oynama yöntemi ile uygulama yapıldı.	
-Beceri alanında öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesi için alıştıırma yapıldı.	
6.Beceri alanı: İlaç tedavisini öğrenmek	
-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi.	
-Düşünce ve algı bozukluğunda kullanılan ilaçlar sayıldı ve yararları ile ilgili tablo	

<p>oluşturuldu.</p> <ul style="list-style-type: none">-İlaç kullanmanın yararları üzerinde konuşuldu.-Rol oynama yöntemi ile uygulama yapıldı.-Hastalara öğrendiklerini kendi kendilerine uygulamaları için ev ödevleri verildi.
<p>7.İlaç yan etkilerini öğrenmek</p> <ul style="list-style-type: none">-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi.-Çıldırısavar ilaç yan etkileri ve yapılması gerekenler listesi oluşturuldu.-Rol oynama yöntemi ile uygulama yapıldı.-Hastalara öğrendiklerini kendi kendilerine uygulamaları için ev ödevleri verildi.
<p>8.Tedaviyi değerlendirmek</p> <ul style="list-style-type: none">-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi.-İlaç kullanımı ile ilgili temel kurallar belirtildi.-Tedaviyi değerlendirme çizelgesi oluşturuldu.-Örnek ilaç takvimi dolduruldu.-Örnek durum üzerinden sorun çözümü yapıldı.-Beceri alanında öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesi için alıştırma yapıldı.-Hastalara öğrendiklerini kendi kendilerine uygulamaları için ev ödevleri verildi.
<p>9.İnatçı belirtilerle baş etmeyi öğrenmek</p> <ul style="list-style-type: none">-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi.-İnatçı belirtiler kümesi listelendi.-Konuyla ilgili hastaların yaşadıkları deneyim paylaşımı yapıldı.-İnatçı belirtilerle baş etmek için öneriler yazıldı.-Rol oynama yöntemi ile uygulama yapıldı.-Hastalara öğrendiklerini kendi kendilerine uygulamaları için ev ödevleri verildi.
<p>10.Uyarıcı işaretleri tanımak ve izlemek</p> <ul style="list-style-type: none">-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi.-Sık görülen uyarıcı işaretler belirtildi.-Konuyla ilgili hastaların yaşadıkları deneyimleri paylaşıldı.-Hastalara öğrendiklerini kendi kendilerine uygulamaları için ev ödevleri verildi.-Uyarıcı işaret durumlarında yapılabilecek acil eylem planı oluşturuldu.
<p>11.Alkol ve maddeden kaçınmak</p> <ul style="list-style-type: none">-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi.-Alkol ve madde kullanımının zararları sayıldı.-Konuyla ilgili hastaların yaşadıkları deneyimler paylaşıldı.-Alkol ve madde kullanmaya ret yanıtı basamakları oluşturuldu.-Alkol ve madde kullanımı yerine yararlı etkinlik seçenekleri sunuldu.
<p>12.Faydasız tedavi arayışlarından uzak durmak</p> <ul style="list-style-type: none">-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi.-Faydasız tedavi arayışlarından uzak durmanın yararları listelendi.

<p>-Konuyla ilgili hastaların yaşadıkları deneyimleri paylaşıldı. -Rol oynama yöntemi ile uygulama yapıldı.</p>
<p>13.Sıkıntıyla baş etmek</p> <p>-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi. -Zorlanımlarla baş etme yöntemleri listelendi. -Konuyla ilgili hastaların yaşadıkları deneyimleri paylaşıldı. -Beceri alanında öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesi için alıştırma yapıldı. -Hastalara öğrendiklerini kendi kendilerine uygulamaları için ev ödevleri verildi.</p>
<p>14.Özgüveni arttırmak</p> <p>-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi. -Özgüvenle ilişkili etmenler konuşuldu. -Konuyla ilgili hastaların yaşadıkları deneyimleri paylaşıldı. Uygun senaryolarla rol oynama çalışması yapıldı. -Hastalara öğrendiklerini kendi kendilerine uygulamaları için ev ödevleri verilerek kısa ve uzun vadeli hedefler belirlendi.</p>
<p>15. Günlük yaşam etkinlikleri</p> <p>-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi. -Günlük yaşam dilimlere bölünerek şekil üzerinden anlatıldı. -Günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmenin yararları sayıldı. -Konuyla ilgili hastaların yaşadıkları deneyim paylaşımı yapıldı. -Hastalara öğrendiklerini kendi kendilerine uygulamaları için ev ödevleri verildi.</p>
<p>16. Arkadaşlık ilişkilerini geliştirmek</p> <p>-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi. -Konuyla ilgili hastaların yaşadıkları deneyim paylaşımı sağlandı. -Beceri alanında öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesi için alıştırma yapıldı. -Hastalara öğrendiklerini kendi kendilerine uygulamaları için ev ödevleri verildi.</p>
<p>17.Toplumsal etkinliklere katılmak</p> <p>-Beceri alanının amacı belirtildi ve konuyla ilgili genel bilgiler verildi. -Eğlenti etkinliklerine katılmanın yararları sayıldı. -Konuyla ilgili hastaların yaşadıkları deneyim paylaşıldı. -Rol oynama yöntemi ile uygulama yapıldı.</p>
<p>Son oturum:</p> <p>-Hastalar tarafından eğitimin değerlendirilmesi yapıldı. -İşlenen konuların üstünden geçildi. -Küçük bir kutlamayla kapanış yapıldı. -Programın genel içeriği deney gruplarına broşürlerle anlatılmış olup kontrol grubuna son testlerden sonra verilmiştir (60).</p>

Şekil 3.2. Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin İçeriği

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: WHOQOL-BRIEF-TR, TİDÖ ve MMTUÖ ölçeklerinin puan ortalamaları.

Bağımsız değişken: RUTBE uygulaması

Kontrol değişkeni: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, hastaneye yatış sayısı, bedensel hastalık olma durumu ve bireylerin sosyoekonomik düzeyleri.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde; sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma ile kategorik değişkenler için frekans ve yüzde analizi kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerinin çalışma gruplarına göre karşılaştırılmasında kategorik değişkenler için Ki-kare testi, sayısal değişkenlerin normal dağılım durumuna göre student t testi veya Mann Whitney U testi kullanıldı. Ölçeklerden elde edilen puanların normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiş ve normal dağılıma uygun olduğu belirlendi ($p>0,05$). Farklı zamanlarda elde edilen ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Tekrarlı Ölçümler Varyans Analizi kullanıldı. Grup-zaman etkileşiminin çoklu karşılaştırılmasında Fisher LSD testi kullanıldı. Analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 programı ile yapıldı. $p<0,05$ anlamlılık seviyesi seçildi.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu: Araştırma yapılmadan önce Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (2022/317) onay alındı (EK-9). Araştırmanın yapılacağı TRSM'nin bağlı olduğu Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden yazılı izin alındı (EK-8). Araştırmada kullanılan ölçek formları için ölçek sahiplerinden gerekli izinler alındı (EK-7). Araştırmaya katılan hastalara ise araştırmanın konusu, hedefi ve uygulanacak formlarla ilgili gerekli açıklamalar yapıp katılımları için yazılı "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Kontrol ve Deney)" imzalatılıp gerekli sözlü izinler alındı (EK-1 ve EK-2). Araştırmada verilerin toplanması aşamasında bireylere yapılmasının amacının ne olduğunu, süresini açıklayıp yazılı onam alınarak "Aydınlatılmış Onam" etik ilkesine uyuldu. Bireylere istedikleri zaman araştırmadan çekilebileceklerini belirterek "Özerkliğe Saygı" ilkesine, alınan bilgilerin araştırmacıyla paylaşıldıktan sonra korunacağına, kimseyle paylaşılmayacağını söyleyerek "Gizlilik ve Gizliliğin

Korunması” etik ilkesine ve bilgileri paylaşan kişilerin kimliğinin gizli tutulacağını belirterek “Kimliksizlik ve Güven” etik ilkelerine uyuldu.

3.10. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği: Araştırmanın sınırlılığını yalnızca Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi TRSM’ ye gelen ruhsal hastalık tanısı almış hastalarla yapılmış olması, örneklem küçüklüğü, aynı merkezden hem deney hem kontrol grubunun seçilmesi, araştırma belli tarihler arasında yapıldığından dolayı eğitim süresinin sınırlı olması, eğitimden sonra izlemin olmaması gibi nedenler oluşturdu. Bundan dolayı araştırmanın sonuçları sadece araştırmaya katılan hastalara genellenebilir.

3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri: Araştırmada deney ve kontrol gruplarının bulunduğu randomize deneysel tasarım tipi kullanılması, eğitim verilmesi, TRSM çalışanlarının tüm imkânları sağlaması, hastaların uyumlu davranış sergilemeleri araştırmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 60 şizofreni hastasına ilişkin sosyodemografik özellikler, yaşam kalitesi, toplumsal işlevsellik ve tedaviye uyum düzeyleri, RUTBE uygulamasının yaşam kalitesi, toplumsal işlevsellik ve tedaviye uyum düzeylerine etkisini ortaya koyan bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler		Deney	Kontrol	χ^2	p
		N (%)	N (%)		
Cinsiyet	Kadın	4 (13,33)	7 (23,33)	1,002	0,317
	Erkek	26 (86,67)	23 (76,67)		
Medeni durum	Evli	13 (43,33)	12 (40)	0,183	0,912
	Bekâr	14 (46,67)	14 (46,67)		
	Boşanmış/Dul	3 (10)	4 (13,33)		
Eğitim durumu	Okur-Yazar	3 (10)	4 (13,33)	3,597	0,609
	İlköğretim	13 (43,33)	14 (46,67)		
	Ortaöğretim	3 (10)	4 (13,33)		
	Lise	10 (33,33)	6 (20)		
	Üniversite	1 (3,33)	2 (6,67)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor	27 (90)	30 (100)	1,404	0,236
	Emekli	3 (10)	0 (0)		
Gelir durumu	Gelir giderden az	18 (60)	24 (80)	3,739	0,154
	Gelir gidere eşit	11 (36,67)	6 (20)		
	Gelir giderden fazla	1 (3,33)	0 (0)		
Sigara kullanımı	Var	14 (46,67)	20 (66,67)	2,443	0,118
	Yok	16 (53,33)	10 (33,33)		
Alkol kullanımı	Var	0 (0)	4 (13,33)	0,112	0,056
	Yok	30 (100)	26 (86,67)		
Madde kullanımı	Var	0 (0)	0 (0)	-	-
	Yok	30 (100)	30 (100)		
Fiziksel hastalık durumu	Var	5 (16,67)	1 (3,33)	0,195	0,097
	Yok	25 (83,33)	29 (96,67)		
Özkiyım girişimi	Var	7 (23,33)	6 (20)	0,098	0,754
	Yok	23 (76,67)	24 (80)		

χ^2 =Ki-Kare Testi; *p<0.005 istatistiksel olarak anlamlı farklılık

Tablo 4.1.'e göre deney grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %86,67'nin erkek, %46,67'nin bekâr, %43,33'ünün ilköğretim mezunu

olduğu, %90`ının herhangi bir işte çalışmadığı, %60`ının gelirin giderden az olduğu, %53,33`ünün sigara kullanımı olmadığı, tamamının da alkol ve madde kullanımı olmadığı, %83,33`ünde herhangi bir fiziksel hastalığın olmadığı, %76,67`sinin öz kıyım girişimi olmadığı belirlendi.

Kontrol grubu hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %76,67`sinin erkek, %46,67`sinin bekâr, %46,67`sinin ilkokul mezunu olduğu, tamamının herhangi bir işte çalışmadığı, %80`inin gelirin giderden az olduğu, %66,67`sinin sigara kullanımı olduğu, %86,67`sinin alkol kullanımı olmadığı, tamamının da madde kullanımı olmadığı, %96,67`sinde herhangi bir fiziksel hastalığın olmadığı, %80`inin öz kıyım girişiminde bulunmadığı belirlendi.

Deney ve kontrol grubu hastaların sosyodemografik özellikleri bakımından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmayıp ($p>0.05$), her iki grubun da bu özellikler yönünden homojen olduğu belirlendi.

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler	Deney		Kontrol		t/Z	p
	Ort±SS	Medyan (min-maks)	Ort±SS	Medyan (min-maks)		
Yaş	42,63 ± 9,02	42,5 (27 -65)	45,07 ± 9,32	48 (28 -63)	- 1,028	0,308
Çocuk sayısı	1,63 ± 2,01	1 (0 -7)	1,37 ± 1,56	0,5 (0 -5)	- 0,331	0,740
Hastalığın başlangıç yaşı	27 ± 9,53	25 (6 -46)	25,33 ± 10,06	20,5 (14 -45)	- 1,074	0,283
Hastaneye yatış sayısı	4,8 ± 4,6	3 (0 -20)	4,93 ± 5,43	3 (0 -22)	- 0,141	0,888

Tablo 4.2.'ye göre deney grubu hastaların sosyodemografik özelliklerine incelendiğinde; yaş ortalaması $42,63 \pm 9,02$, çocuk sayısı ortalaması $1,63 \pm 2,01$, hastalığın başlangıç yaşı ortalaması $27 \pm 9,53$ ve hastaneye yatış sayısı ortalaması $4,8 \pm 4,6$ 'dır.

Kontrol grubu hastaların; yaş ortalaması $45,07 \pm 9,32$, çocuk sayısı ortalaması $1,37 \pm 1,56$, hastalığın başlangıç yaşı ortalaması $25,33 \pm 10,06$ ve hastaneye yatış sayısı ortalaması $4,93 \pm 5,43$ 'tür.

Deney ve kontrol grubu hastaların yaş, çocuk sayısı, hastalık başlangıç yaşı ve hastaneye yatış sayılarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubunun tanımlayıcı sosyodemografik değişkenler açısından homojen olduğu belirlendi.

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Genel Sağlık” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	n	Ön test	Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	30	42,92 ± 26,6	48,75 ± 21,86	1,664	0,202
Kontrol	30	40 ± 19,25	37,5 ± 20,76		
Toplam	60	41,46 ± 23,07	43,13 ± 21,88		
F=0,934; p=0,338				F_{etkileşim}=5,835 p=0,019*	

*p<0.005; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Tablo 4.3.'e göre deney grubu hastaların ön test WHOQOL-BREF-TR-Genel sağlık alt boyut puan ortalamaları 42,92 ± 26,6 iken son testte 48,75 ± 21,86'dır. Kontrol grubu hastaların ön test WHOQOL-BREF-TR-Genel sağlık alt boyut puan ortalamaları 40 ± 19,25 iken son testte 37,5 ± 20,76'dır. Buna göre grup*zaman etkileşimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (F=5,835; p=0,019).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Genel Sağlık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

		Deney Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Kontrol Grubu
		Ön Test “Genel Sağlık”	Son Test “Genel Sağlık”	Ön Test “Genel Sağlık”	Son Test “Genel Sağlık”
Deney Grubu	Ön Test “Genel Sağlık”		0,020*	0,614	0,350
Deney Grubu	Son test “Genel Sağlık”	0,020*		0,133	0,055
Kontrol Grubu	Ön Test “Genel Sağlık”	0,614	0,133		0,310
Kontrol Grubu	Son Test “Genel Sağlık”	0,350	0,055	0,310	

*p<0,05; Fisher LSD test

Tablo 4.4.'e göre grup içinde;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Genel sağlık alt boyutu puanı ile eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Genel sağlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlemlendi (p<0,05).

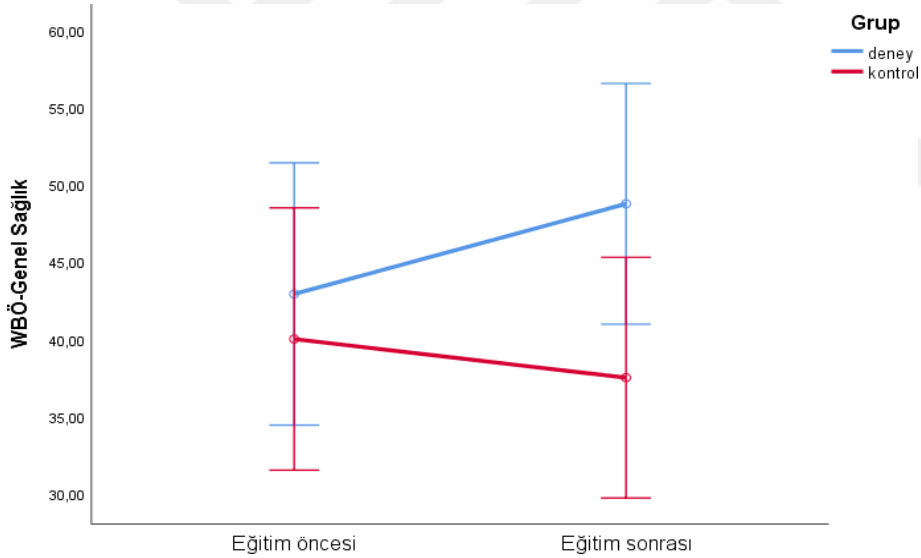
- Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Genel sağlık alt boyutu puanı ile eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Genel sağlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Gruplar arasında;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Genel sağlık alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Genel sağlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

- Deney grubu hastaların eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Genel sağlık alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Genel sağlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Sonuç olarak; kontrol grubu hastaların WHOQOL-BREF-TR-Genel sağlık alt boyut puanlarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemişken ($p>0,05$) deney grubunda eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı artış belirlendi ($p<0,05$).



Şekil 4.1. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Genel Sağlık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Fiziksel Sağlık” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	n	Ön test	Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	30	50,83 ± 11,85	55,24 ± 15,26	5,629	0,021*
Kontrol	30	45,36 ± 13,53	44,76 ± 16,56		
Toplam	60	48,1 ± 12,91	50 ± 16,65		
F=1,427; p=0,237				F _{etkileşim} =2,459 p=0,122	

*p<0.005; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Deney grubu hastaların ön test WHOQOL-BREF-TR-Fiziksel sağlık alt ölçeği puan ortalamaları 50,83 ± 11,85 iken son testte 55,24 ± 15,26`dır. Kontrol grubu hastaların ön test WHOQOL-BREF-TR-Fiziksel sağlık alt ölçeği puan ortalaması 45,36 ± 13,53 iken son testte 44,76 ± 16,56`dır. Buna göre grup* zaman etkileşimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (F=2,459; p=0,122). Fakat deney ve kontrol gruplarının etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (F=5,629; p=0,021).

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Fiziksel Sağlık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

		Deney Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Kontrol Grubu
		Ön Test “Fiziksel Sağlık”	Son Test “Fiziksel Sağlık”	Ön Test “Fiziksel Sağlık”	Son Test “Fiziksel Sağlık”
Deney Grubu	Ön Test “Fiziksel Sağlık “		0,056	0,145	0,107
Deney Grubu	Son Test “Fiziksel Sağlık”	0,056		0,009*	0,006*
Kontrol Grubu	Ön Test “Fiziksel Sağlık “	0,145	0,009*		0,793
Kontrol Grubu	Son Test “Fiziksel Sağlık “	0,107	0,006*	0,793	

*p<0,05; Fisher LSD test

Tablo 4.6.`ya göre grup içinde;

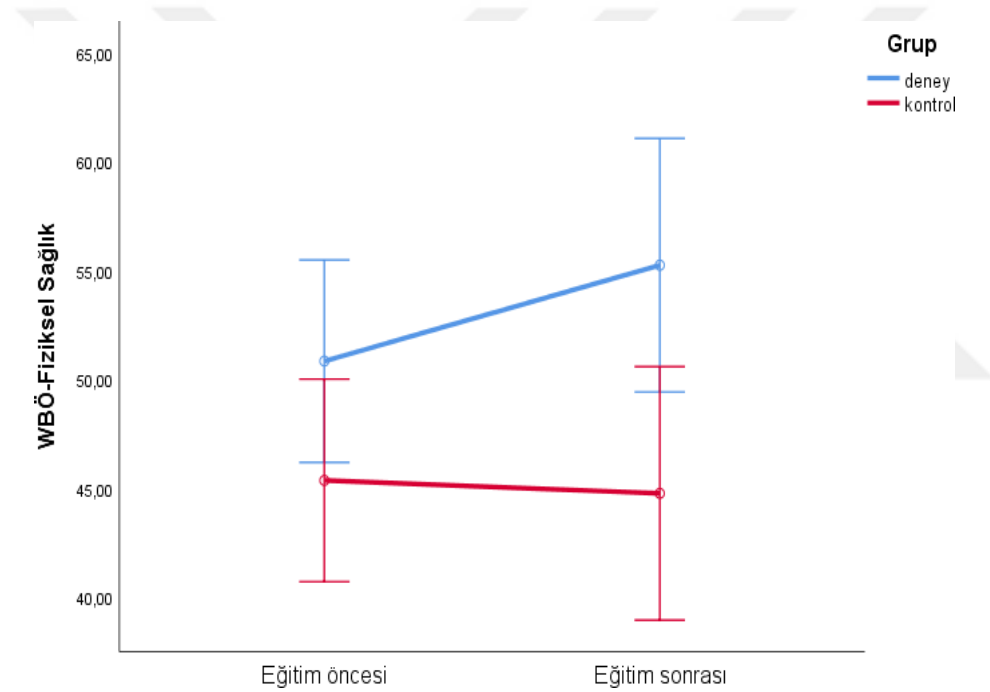
-Deney grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Fiziksel sağlık alt boyutu puanı ile eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Fiziksel sağlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

-Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Fiziksel sağlık alt boyutu puanı ile eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Fiziksel sağlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Gruplar arasında;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Fiziksel sağlık alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Fiziksel sağlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

- Deney grubu hastaların eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Fiziksel sağlık alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Fiziksel sağlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$).



Şekil 4.2. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Fiziksel Sağlık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Psikolojik Sağlık” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	n	Ön test	Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	30	36,25 ± 15,98	50 ± 18,11	2,210	0,143
Kontrol	30	40,14 ± 16,14	34,03 ± 17,34		
Toplam	60	38,19 ± 16,04	42,01 ± 19,34		
F=5,714; p=0,020*				F _{etkileşim} =28,626 p=0,001*	

*p<0.005; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Deney grubu hastaların ön test WHOQOL-BREF-TR-Psikolojik sağlık alt ölçeği puan ortalamaları 36,25 ± 15,98 iken son testte 50 ± 18,11'dir. Kontrol grubu hastaların ön test WHOQOL-BREF-TR-Psikolojik sağlık alt ölçeği puan ortalaması 40,14 ± 16,14 iken son testte 34,03 ± 17,34'tür. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (F=28,626; p=0,001).

Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Psikolojik Sağlık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

		Deney Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Kontrol Grubu
		Ön Test “Psikolojik Sağlık”	Son Test “Psikolojik Sağlık”	Ön Test “Psikolojik Sağlık”	Son Test “Psikolojik Sağlık”
Deney Grubu	Ön Test “Psikolojik Sağlık”		0,000*	0,376	0,612
Deney Grubu	Son Test “Psikolojik Sağlık”	0,000*		0,027*	0,000*
Kontrol Grubu	Ön Test “Psikolojik Sağlık”	0,376	0,027*		0,009*
Kontrol Grubu	Son Test “Psikolojik Sağlık”	0,612	0,000*	0,009*	

*p<0,05; Fisher LSD test

Tablo 4.8'e göre grup içinde;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Psikolojik sağlık alt boyutu puanı ile eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Psikolojik sağlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı (p<0,05).

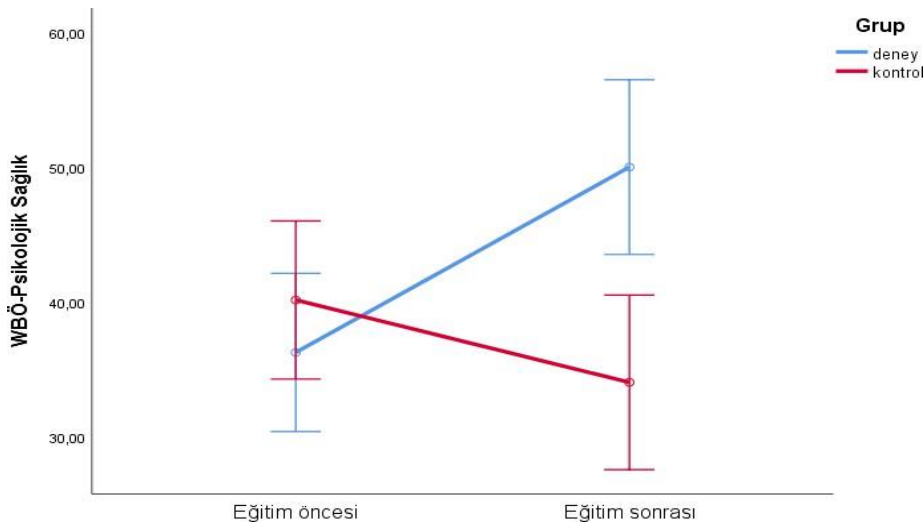
-Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Psikolojik sağlık alt boyutu puanı ile eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Psikolojik sağlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlemlendi ($p<0,05$).

Gruplar arasında;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Psikolojik sağlık alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Psikolojik sağlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

-Deney grubu hastaların eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Psikolojik sağlık alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Psikolojik sağlık alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç olarak; kontrol grubu hastaların WHOQOL-BREF-TR-Psikolojik sağlık alt boyutu puanlarının eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı azalış gösterirken ($p<0,05$) deney grubu hastaların eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı artış belirlendi ($p<0,05$).



Şekil 4.3. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Psikolojik Sağlık” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.9. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Sosyal İlişkiler” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	n	Ön test	Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	30	36,67 ± 18,65	42,22 ± 16,07	5,431	0,023*
Kontrol	30	33,06 ± 14,43	28,33 ± 14,62		
Toplam	60	34,86 ± 16,63	35,28 ± 16,76		
F=0,057; p=0,812				F_{etkileşim}=8,704 p=0,005*	

*p<0.005; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Deney grubu hastaların ön test WHOQOL-BREF-TR-Sosyal İlişkiler alt ölçeği puan ortalamaları 36,67 ± 18,65 iken son testte 42,22 ± 16,07`dir. Kontrol grubu hastaların ön test WHOQOL-BREF-TR-Sosyal İlişkiler alt ölçek puan ortalaması 33,06 ± 14,43 iken son testte 28,33 ± 14,62`dir. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (F=8,704; p=0,005).

Tablo 4.10. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Sosyal İlişkiler” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

		Deney Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Kontrol Grubu
		Ön Test “Sosyal İlişkiler “	Son Test “Sosyal İlişkiler”	Ön Test “Sosyal İlişkiler”	Son Test “Sosyal İlişkiler”
Deney Grubu	Ön Test “Sosyal İlişkiler “		0,028*	0,386	0,047*
Deney Grubu	Son Test “Sosyal İlişkiler”	0,028*		0,030*	0,001*
Kontrol Grubu	Ön Test “Sosyal İlişkiler “	0,386	0,030*		0,060
Kontrol Grubu	Son Test “Sosyal İlişkiler”	0,047*	0,001*	0,060	

*p<0,05; Fisher LSD test

Tablo 4.10`a göre grup içinde;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı ile eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı artış belirlendi (p<0,05).

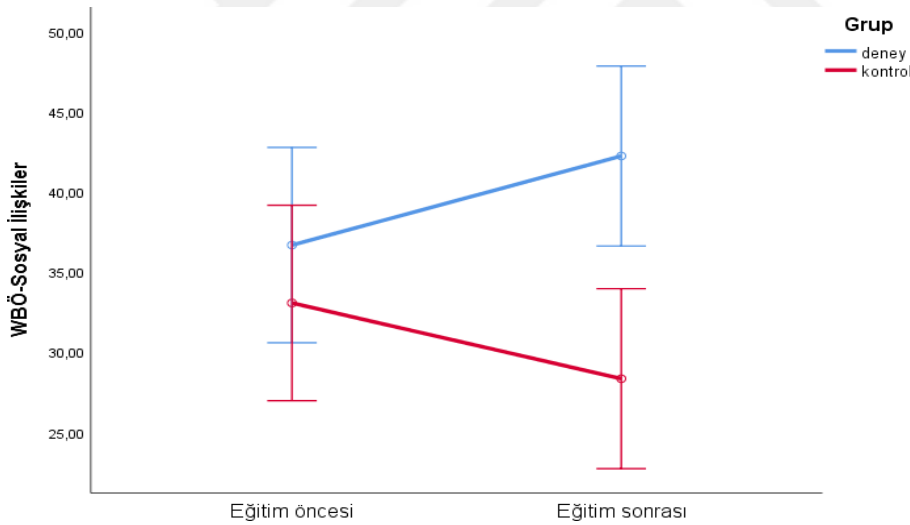
-Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı ile eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Gruplar arasında;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

-Deney grubu hastaların eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Sosyal İlişkiler alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç olarak; kontrol grubu hastaların WHOQOL-BREF-TR-Sosyal ilişkiler alt boyutu puanlarının eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemişken ($p>0,05$) deney grubu hastaların eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı artış belirlendi ($p<0,05$).



Şekil 4.4. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Sosyal İlişkiler” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.11. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Çevre” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	n	Ön test	Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	30	49,9 ± 12,73	51,25 ± 11,97	7,661	0,008*
Kontrol	30	42,19 ± 8,79	44,06 ± 11,29		
Toplam	60	46,04 ± 11,52	47,66 ± 12,09		
F=2,071; p=0,156				F _{etkileşim} =0,054 p=0,817	

*p<0.005; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Deney grubu hastaların ön test WHOQOL-BREF-TR-Çevre alt ölçeği puan ortalamaları 49,9 ± 12,73 iken son testte 51,25 ± 11,97’dir. Kontrol grubu hastaların ön test WHOQOL-BREF-TR-Çevre alt ölçek puan ortalaması 42,19 ± 8,79 iken son testte 44,06 ± 11,29’dur. Buna göre grup*zaman etkileşimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı (F=0,054; p=0,817). Fakat deney ve kontrol gruplarının etkisi istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (F=7,661; p=0,008).

Tablo 4.12. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Çevre” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

		Deney Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Kontrol Grubu
		Ön Test “Çevre “	Son Test “Çevre”	Ön Test “Çevre”	Son Test “Çevre “
Deney Grubu	Ön Test “Çevre”		0,397	0,010*	0,049*
Deney Grubu	Son Test “Çevre “	0,397		0,003*	0,016*
Kontrol Grubu	Ön Test “Çevre “	0,010*	0,003*		0,242
Kontrol Grubu	Son Test “Çevre “	0,049*	0,016*	0,242	

*p<0,05; Fisher LSD test

Tablo 4.12”ye göre grup içinde;

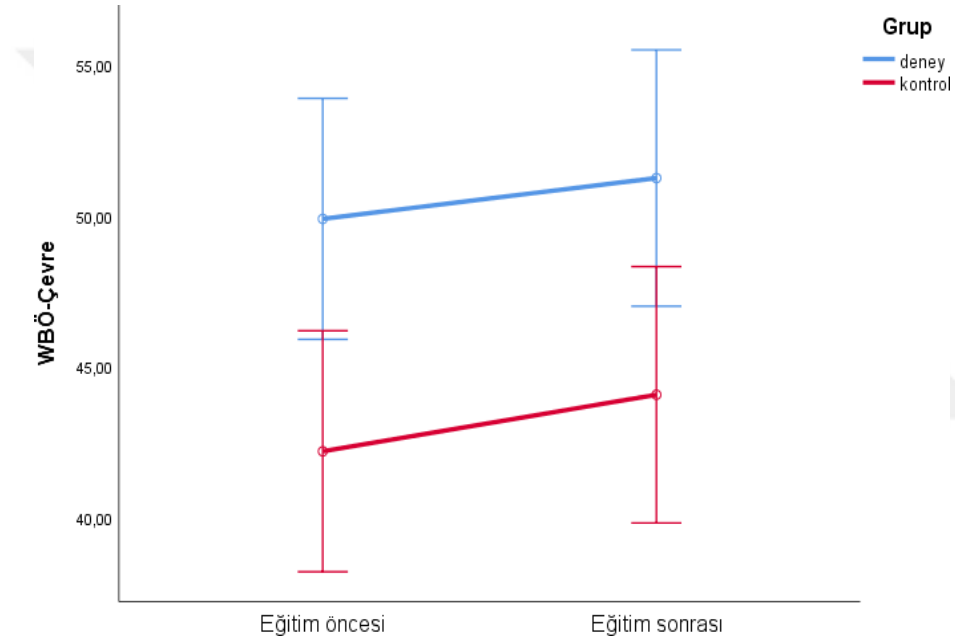
-Deney grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Çevre alt boyutu puanı ile eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Çevre alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0,05).

-Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Çevre alt boyutu puanı ile eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Çevre alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Gruplar arasında;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Çevre alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR-Çevre alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

- Deney grubu hastaların eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Çevre alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR-Çevre alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).



Şekil 4.5. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR “Çevre” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.13. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR Ön Test-Son Test Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	Ön test	Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	30	43,31 ± 13,67	49,49 ± 13,1	5,487	0,023*
Kontrol	30	40,15 ± 11,76	37,74 ± 12,97		
Toplam	60	41,73 ± 12,74	43,61 ± 14,21		
F=3,788; p=0,056				F_{etkileşim}=19,677 p=0,001*	

*p<0.005; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Deney grubu hastaların ön test WHOQOL-BREF-TR-Genel toplam puan ortalamaları 43,31 ± 13,67 iken son testte 49,49 ± 13,1`dir. Kontrol grubu hastaların ön test WHOQOL-BREF-TR-Genel toplam puan ortalaması 40,15 ± 11,76 iken son testte 37,74 ± 12,97`dir. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi (F=19,677; p=0,001).

Tablo 4.14. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR Toplam Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

		Deney Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Kontrol Grubu
		Ön Test WHOQOL-BREF- TR Toplam	Son Test WHOQOL- BREF-TR Toplam	Ön Test WHOQOL- BREF-TR Toplam	Son Test WHOQOL- BREF-TR Toplam
Deney Grubu	Ön Test WHOQOL -BREF-TR Toplam		0,000*	0,345	0,098
Deney Grubu	Son Test WHOQOL -BREF-TR Toplam	0,000*		0,007*	0,001*
Kontrol Grubu	Ön Test WHOQOL -BREF-TR Toplam	0,345	0,007*		0,083
Kontrol Grubu	Son Test WHOQOL -BREF-TR Toplam	0,098	0,001*	0,083	

*p<0,05; Fisher LSD test

Tablo 4.14`e göre grup içinde;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR toplam puanı ile eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05).

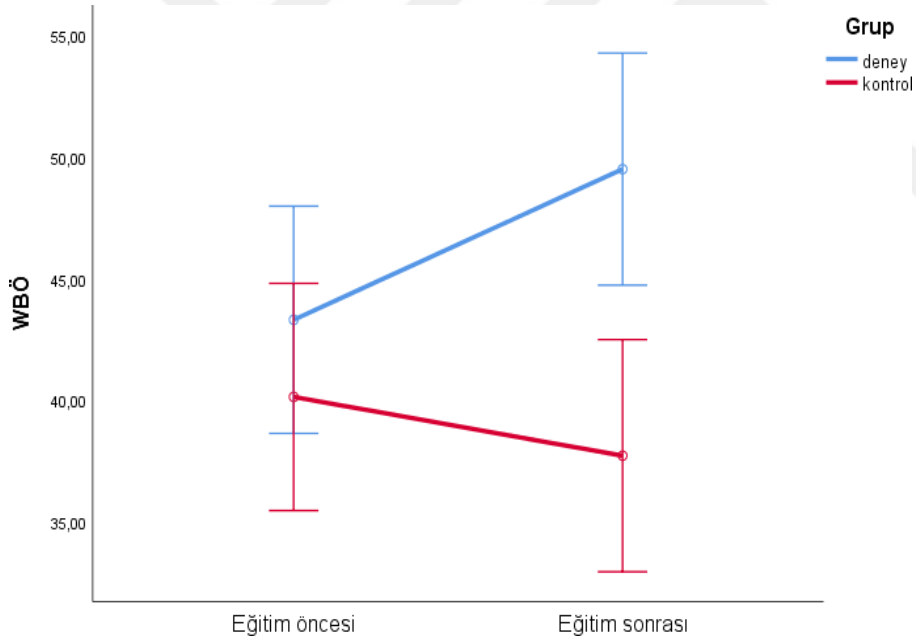
-Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR toplam puanı ile eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Gruplar arasında;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR toplam puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim öncesi WHOQOL-BREF-TR toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

-Deney grubu hastaların eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR toplam puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim sonrası WHOQOL-BREF-TR toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç olarak; kontrol grubu hastaların WHOQOL-BREF-TR toplam puanlarının eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemişken ($p>0,05$) deney grubu hastaların eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).



Şekil 4.6. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların WHOQOL-BREF-TR Toplam Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.15. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Öz Bakım” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	n	Ön test	Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	30	14,73 ± 2,36	15,7 ± 2,72	12,255	0,001*
Kontrol	30	13,13 ± 2,58	12,83 ± 2,61		
Toplam	60	13,93 ± 2,58	14,27 ± 3,01		
F=3,242; p=0,077				F _{etkileşim} =11,704 p=0,001*	

*p<0.005; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Deney grubu hastaların ön test şizofrenide TİDÖ-öz bakım alt ölçeği puan ortalamaları 14,73 ± 2,36 iken son testte 15,7 ± 2,72`dir. Kontrol grubu hastaların ön test TİDÖ-öz bakım alt ölçeği puan ortalaması 13,13 ± 2,58 iken son testte 12,83 ± 2,61`dir. Buna göre grup* zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (F=11,704; p=0,001).

Tablo 4.16. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ“Öz Bakım” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

		Deney Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Kontrol Grubu
		Ön Test “Öz Bakım”	Son Test “Öz Bakım”	Ön Test “Öz Bakım”	Son Test “Öz Bakım”
Deney Grubu	Ön Test “Öz Bakım”		0,00*	0,019*	0,006*
Deney Grubu	Son Test “Öz Bakım”	0,00*		0,001*	0,001*
Kontrol Grubu	Ön Test “Öz Bakım”	0,019*	0,001*		0,257
Kontrol Grubu	Son Test “Öz Bakım”	0,006*	0,001*	0,257	

*p<0,05; Fisher LSD test

Tablo 4.18`e göre grup içinde;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ- öz bakım alt boyutu puanı ile eğitim sonrası TİDÖ- öz bakım alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,05).

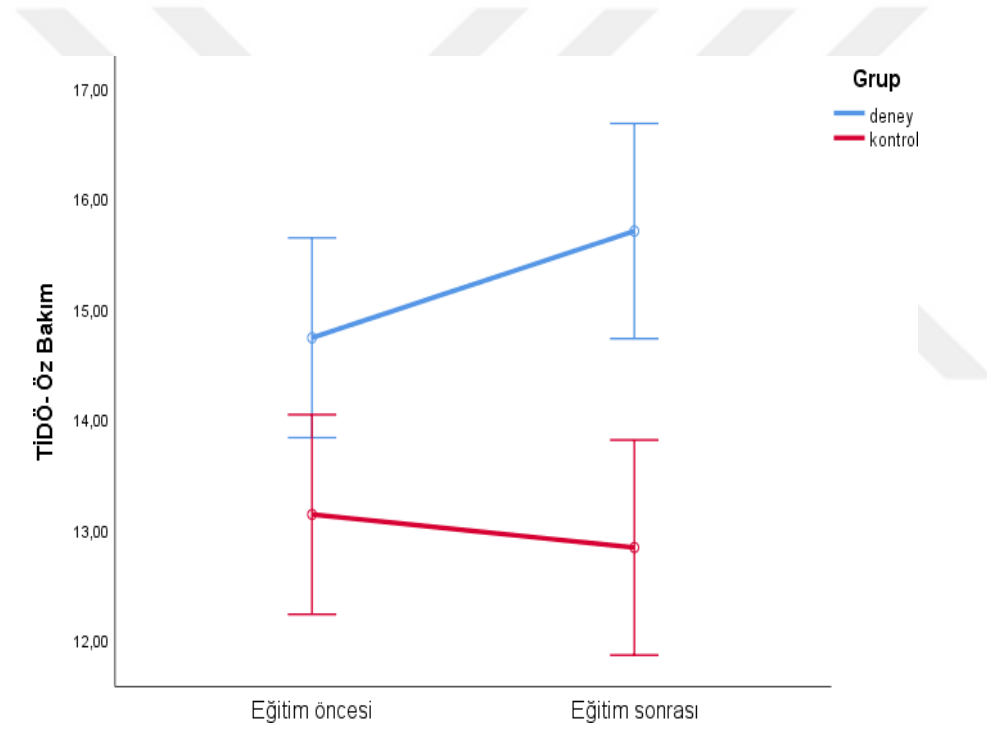
-Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ- öz bakım alt boyutu puanı ile eğitim sonrası TİDÖ- öz bakım alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Gruplar arasında;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ- öz bakım alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ- öz bakım alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

-Deney grubu hastaların eğitim sonrası TİDÖ- öz bakım alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim sonrası TİDÖ- öz bakım alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç olarak; kontrol grubu hastaların TİDÖ- öz bakım alt boyutu puanlarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemişken ($p>0,05$) deney grubu hastaların eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı olan artış gözlemlendi ($p<0,05$).



Şekil 4.7. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Öz Bakım” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.17. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	n	Ön test	Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	30	12,3 ± 3	13,83 ± 3,36	5,927	0,018*
Kontrol	30	11,57 ± 2,31	11,1 ± 2,78		
Toplam	60	11,93 ± 2,68	12,47 ± 3,36		
F=5,724; p=0,020*				F_{etkileşim}=20,123 p=0,001*	

*p<0.005; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Deney grubu hastaların ön test TİDÖ-kişilerarası ilişkiler ve eğlenti alt ölçeği puan ortalamaları $12,3 \pm 3$ iken son testte $13,83 \pm 3,36$ ’dir. Kontrol grubu hastaların ön test TİDÖ-kişilerarası ilişkiler ve eğlenti alt ölçeği puan ortalaması $11,57 \pm 2,31$ iken son testte $11,1 \pm 2,78$ ’dir. Buna göre grup* zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi (F=20,123; p=0,001).

Tablo 4.18. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

		Deney Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Kontrol Grubu
		Ön Test “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti”	Son Test “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti”	Ön Test “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti”	Son Test “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti”
Deney Grubu	Ön Test “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti”		0,000*	0,329	0,112
Deney Grubu	Son Test “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti”	0,000*		0,003*	0,000*
Kontrol Grubu	Ön Test “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti”	0,329	0,003*		0,144
Kontrol Grubu	Son Test “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti”	0,112	0,000*	0,144	

*p<0,05; Fisher LSD test

Tablo 4.20’ye göre grup içinde;

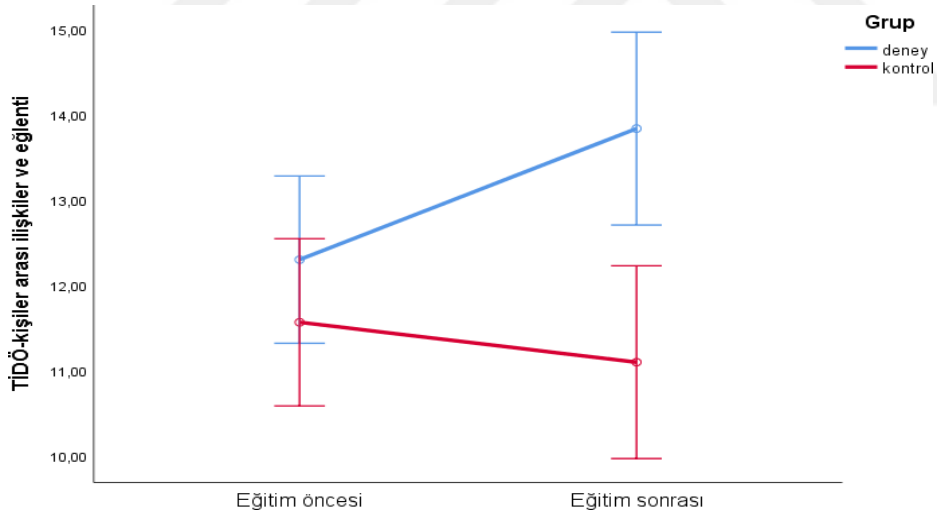
-Deney grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ- kişilerarası ilişkiler ve eğlenti alt boyutu puanı ile eğitim sonrası TİDÖ- kişilerarası ilişkiler ve eğlenti alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (p<0,05).

-Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ-kişilerarası ilişkiler ve eğlenti alt boyutu puanı ile eğitim sonrası TİDÖ- kişiler arası ilişkiler ve eğlenti alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ- kişilerarası ilişkiler ve eğlenti alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ- kişilerarası ilişkiler ve eğlenti alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

-Deney grubu hastaların eğitim sonrası TİDÖ- kişilerarası ilişkiler ve eğlenti alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim sonrası TİDÖ- kişilerarası ilişkiler ve eğlenti alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç olarak; kontrol grubunda TİDÖ- kişilerarası ilişkiler ve eğlenti alt boyutu puanlarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemişken ($p>0,05$) deney grubunda eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı olan artış gözlemlendi ($p<0,05$).



Şekil 4.8. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Kişilerarası İlişkiler ve Eğlenti” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.19. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Bağımsız Yaşama” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	n	Ön test	Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	30	9,93 ± 2,18	10,4 ± 2,3	2,187	0,145
Kontrol	30	9,43 ± 1,89	9,37 ± 1,81		
Toplam	60	9,68 ± 2,04	9,88 ± 2,12		
F=3,212; p=0,078				F _{etkileşim} =5,711 p=0,020*	

*p<0.005; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Deney grubu hastaların ön test TİDÖ-bağımsız yaşama alt ölçeği puan ortalamaları 9,93 ± 2,18 iken son testte 10,4 ± 2,3`tür. Kontrol grubu hastaların ön test TİDÖ-bağımsız yaşama alt ölçeği puan ortalaması 9,43 ± 1,89 iken son testte 9,37 ± 1,8`dir. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (F=5,711; p=0,020).

Tablo 4.20. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Bağımsız Yaşama” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

		Deney Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Kontrol Grubu
		Ön Test “Bağımsız Yaşama”	Son Test “Bağımsız Yaşama”	Ön Test “Bağımsız Yaşama”	Son Test “Bağımsız Yaşama”
Deney Grubu	Ön Test “Bağımsız Yaşama”		0,004*	0,349	0,289
Deney Grubu	Son Test “Bağımsız Yaşama”	0,004*		0,073	0,056
Kontrol Grubu	Ön Test “Bağımsız Yaşama”	0,349	0,073		0,674
Kontrol Grubu	Son Test “Bağımsız Yaşama”	0,289	0,056	0,674	

*p<0,05; Fisher LSD test

Tablo 4.22`ye göre grup içinde;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ-bağımsız yaşama alt boyutu puanı ile eğitim sonrası TİDÖ-bağımsız yaşama alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05).

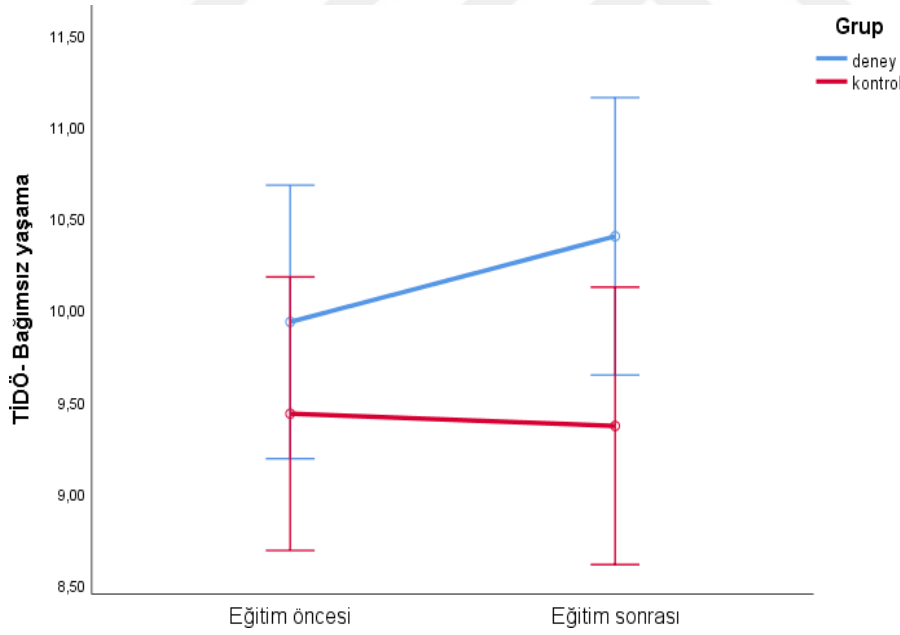
-Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ-bağımsız yaşama alt boyutu puanı ile eğitim sonrası TİDÖ-bağımsız yaşama alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Gruplar arasında;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ-bağımsız yaşama alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ-bağımsız yaşama alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

-Deney grubu hastaların eğitim sonrası TİDÖ-bağımsız yaşama alt boyutu puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim sonrası TİDÖ-bağımsız yaşama alt boyutu puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Sonuç olarak; kontrol grubu hastalarında TİDÖ-bağımsız yaşama alt boyutu puanlarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemişken ($p>0,05$) deney grubu hastaların eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı olan artış gözlemlendi ($p<0,05$).



Şekil 4.9. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Bağımsız Yaşama” Alt Boyut Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.21. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ “Çalışma” Alt Boyutu Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	n	Ön test	Son test
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Deney	30	1,1 ± 0,4	1,1 ± 0,4
Kontrol	30	1,2 ± 0,48	1,2 ± 0,48
Toplam	60	1,15 ± 0,44	1,15 ± 0,44

Bu alt boyutta (TİDÖ-çalışma) önce ve sonrası girilen tüm değerler (verilen yanıtlar) aynıdır. O nedenle bir istatistik yapılmadı.



Tablo 4.22. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ Ön Test-Son Test Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	N	Ön test	Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	30	38,07 ± 5,2	41,03 ± 6,37	9,920	0,003*
Kontrol	30	35,33 ± 5,08	34,5 ± 5,57		
Toplam	60	36,7 ± 5,28	37,77 ± 6,79		
F=10,956; p=0,002*				F_{etkileşim}=31,475 p=0,001*	

*p<0.005; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Deney grubu hastaların ön test TİDÖ toplam puan ortalamaları 38,07 ± 5,2 iken son testte 41,03 ± 6'dır. Kontrol grubu hastaların ön test TİDÖ toplam puan ortalaması 35,33 ± 5,08 iken son testte 34,5 ± 5,57'dir. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi (F=31,475; p=0,001).

Tablo 4.23. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

		Deney Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Kontrol Grubu
		Ön Test TİDÖ Toplam	Son Test TİDÖ Toplam	Ön Test TİDÖ Toplam	Son Test TİDÖ Toplam
Deney Grubu	Ön Test TİDÖ Toplam		0,000*	0,062	0,016*
Deney Grubu	Son Test TİDÖ Toplam	0,000*		0,000*	0,000*
Kontrol Grubu	Ön Test TİDÖ Toplam	0,062	0,000*		0,087
Kontrol Grubu	Son Test TİDÖ Toplam	0,016*	0,000*	0,087	

*p<0,05; Fisher LSD test

Tablo 4.25'e göre grup içinde;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ toplam puanı ile eğitim sonrası TİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05).

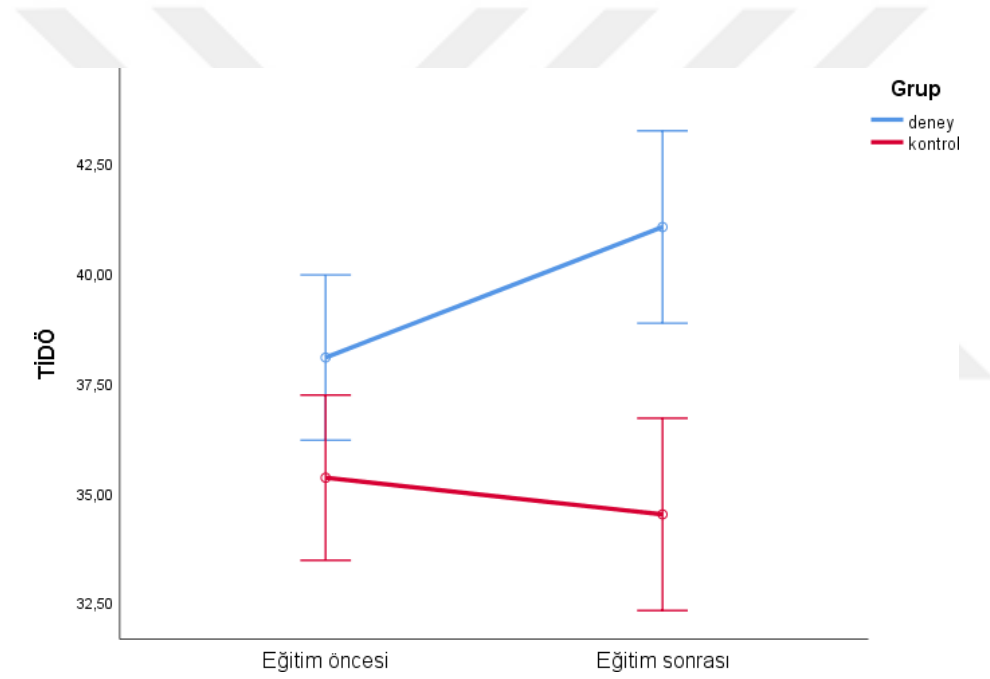
-Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ toplam puanı ile eğitim sonrası TİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0,05).

Gruplar arasında;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ toplam puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim öncesi TİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

-Deney grubu hastaların eğitim sonrası TİDÖ toplam puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim sonrası TİDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç olarak; kontrol grubu hastaların TİDÖ toplam puanlarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemişken ($p>0,05$) deney grubu hastalarında eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı olan artış gözlemlendi ($p<0,05$).



Şekil 4.10. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların TİDÖ Toplam Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği

Tablo 4.24. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği Ön Test-Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	n	Ön test	Son test	F	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Deney	30	3,03 ± 2,03	4,3 ± 1,39	3,858	0,054
Kontrol	30	2,87 ± 1,87	2,77 ± 1,77		
Toplam	60	2,95 ± 1,93	3,53 ± 1,76		
F=14,003; p=0,001*				F _{etkileşim} =19,215 p=0,001*	

*p<0.005; Tekrarlı ölçümler varyans analizi

Tablo 4.15'e göre deney grubu hastaların ön test Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeğinin puan ortalamaları 3,03 ± 2,03, son test puan ortalaması 4,3 ± 1,39 olarak saptandı. Kontrol grubu hastaların ön test Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği puan ortalamaları 2,87 ± 1,87 iken son test tedaviye uyum ölçeği puan ortalamaları 2,77 ± 1,77 olarak belirlendi. Buna göre grup*zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (F=19,215; p=0,001).

Tablo 4.25. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup*Zaman Etkileşimi Çoklu Karşılaştırma Sonuçları

		Deney Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Kontrol Grubu
		Ön Test Tedaviye Uyum	Son Test Tedaviye Uyum	Ön Test Tedaviye Uyum	Son Test Tedaviye Uyum
Deney Grubu	Ön Test Tedaviye Uyum		0,001*	0,718	0,564
Deney Grubu	Son Test Tedaviye Uyum	0,001*		0,003*	0,001*
Kontrol Grubu	Ön Test Tedaviye Uyum	0,718	0,003*		0,652
Kontrol Grubu	Son Test Tedaviye Uyum	0,564	0,001*	0,652	

*p<0,05; Fisher LSD test

Tablo 4.16'ya göre grup içinde;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği puanı ile eğitim sonrası Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05).

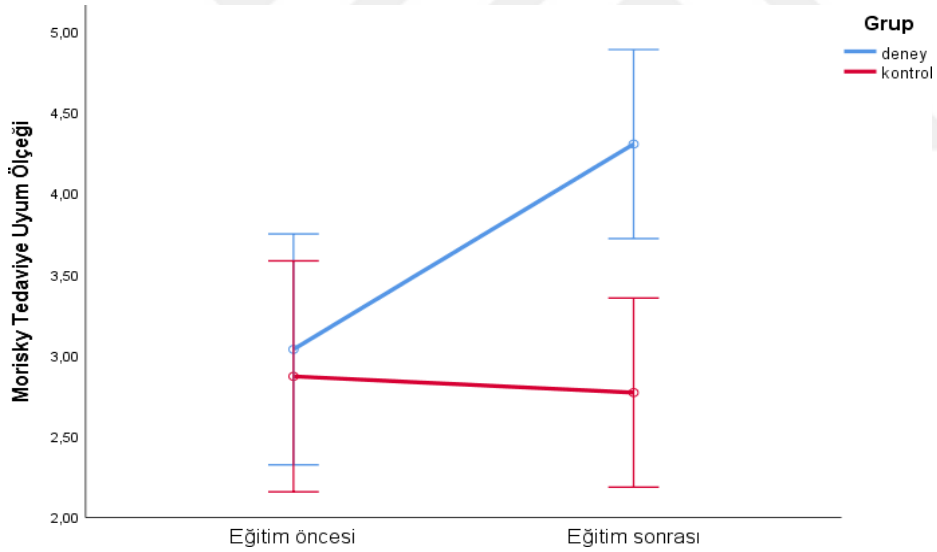
-Kontrol grubu hastaların eğitim öncesi Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği puanı ile eğitim sonrası Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Gruplar arasında;

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim öncesi Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

-Deney grubu hastaların eğitim öncesi Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği puanı ile kontrol grubu hastaların eğitim öncesi Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç olarak; kontrol grubu hastaların Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği puanlarının zamanla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemişken ($p>0,05$) deney grubu hastaların eğitim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı olan artış belirlendi ($p<0,05$).



Şekil 4.11. Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Zamana Göre Değişim Grafiği

5. TARTIŞMA

Bu bölümde şizofreni hastalarına uygulanan RUTBE eğitiminin yaşam kalitesi, tedaviye uyumu ve toplumsal işlevsellik üzerine olan etkisinin araştırıldığı çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastalara Verilen RUTBE`nin Yaşam Kalitesi Düzeylerine Etkisinin Tartışılması

Şizofrenide hastalığın belirtilerinden sayılan duygu, düşünce ve davranışlarda bozulmalarla birlikte bireylerin toplumsal, mesleki ve akademik fonksiyonlarında da sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır. Her ne kadar farmakolojik tedavi belirtilerinin önemli kısmını giderse de iyileşme tam anlamıyla sağlanamamaktadır. Bireylerin mesleki ve akademik hayatlarını sürdürmesi ve toplumsal ilişkilerini anlamlı düzeyde devam ettirmeleri güçleşmektedir (60). Bu gibi işlevsel bozukluklar yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (57). Tüm bu durumlar ilaç tedavisine ek olarak ruhsal toplumsal tedavilerinde uygulanmasının bireylerin toplumsal ilişkilerini ve yaşamdan aldıkları doyumunu arttırmaktadır (60). Literatüre bakıldığında şizofreni hastalarında RUTBE eğitiminin önemli yeri olduğu görülmektedir. Bundan dolayı araştırmamızda şizofreni tanılı hastalarda RUTBE`nin hastaların yaşam kalitesi düzeyleri üzerindeki sonuçları tartışıldı. Bu çalışmada kontrol grubunda Yaşam Kalitesi Ölçeği her hasta için ayrı ayrı incelenmiş olup kontrol grubu hastalarında zamanla farklılık göstermemişken deney grubunda eğitim sonrasında artış saptandı. Literatürde yapılan bazı araştırmalara göre elde ettiğimiz bulguları destekler nitelikte sonuçlar olduğu belirlendi. Bu çalışmalar; Yıldız ve arkadaşlarının (2002) yaptığı 8 ay süren 8 gruba ayırdığı şizofreni hastalarına sosyal beceri eğitimi verildi. Başlangıçta ve eğitim sonunda yaşam nitelikleri arasında anlamlı bir fark belirlenmiş ve yaşam kalitesinin arttığı belirtilmiştir (96).

Söğütlü ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı bir araştırmada ise 30 çalışma 30 kontrol oluşan 60 hasta ile çalışıldı. RUTBE eğitimi haftada bir kez 45`er dakikalık iki ders olarak 18 oturumda uygulanmış olup şizofreni hastalarının depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesinde belirgin bir düzelme olduğu saptanmıştır (10).

Deveci ve arkadaşları tarafından 2008 yılında 19 hasta psikososyal beceri eğitimini tamamlamış ve bu eğitimle bireylerin yaşam niteliği ölçek puanlarında anlamlı bir artış olduğu ifade edilmektedir (97).

Akpınar ve Kelleci (2008) tarafından yapılan çalışma 30 hasta ile (15 deney, 15 kontrol grubu) yürütülmüştür. Deney grubundaki bireylere haftada 1 kez 1 saatlik sorun çözme becerilerini geliştirme eğitimi verilmiş ve program bittikten sonra ve ardından 3 ay sonra hem deney hem kontrol grubuna ölçekler yapılmıştır. Eğitim sonucunda sorun çözme becerilerini geliştirme programı uygulanan şizofreni hastalarının WHOQOL-BRIEF-TR yaşam kalitesi ölçeğine göre ruhsal, çevresel ve genel sağlık boyutlarında bir gelişme olduğu saptanmıştır (85)

Ensari ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmaya TRSM'ye düzenli katılan 30 şizofreni hastası katıldı. Çalışmada şizofreni hastalarına ruhsal eğitim, bireysel görüşmeler, aile eğitimi, ruhsal toplumsal beceri eğitimi gibi programlar uygulanmıştır. Şizofreni hastalarına TRSM'ye ilk kayıt olduklarında ve bir yıllık devam sürecinden sonra ölçekler uygulanmış olup yaşam kalitelerinde anlamlı artış olduğu belirtilmiştir (2).

Doğan ve arkadaşlarının 2002 yılında 23 şizofreni hastası ile yaptığı çalışmada hastalara aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi, grup eğitimleri gibi psikososyal programlar uygulanmış olup yaşam kalitesi ölçeğinde anlamlı artış saptanmıştır (98).

Üçok ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılan çalışmada 10 şizofreni hastasına bir yıl süren haftada bir kez iletişim becerileri, konuşma becerileri ve sosyal problem çözme yöntemlerini içeren bütüncül grup eğitimi uygulandı. Araştırma sonunda bütüncül grup tedavisinin şizofreni hastalarının yaşam kalitesine anlamlı bir katkı sağladığı belirtilmiştir (99).

Şahin ve Elboğa tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada TRSM hizmetlerinden (grup terapileri, aile eğitimleri, sosyal aktivitelere katılım sağlama) yararlanmayan 88 hasta ile en az 6 ay faydalanan 88 hasta dâhil edilmiştir. TRSM'ler de verilen hizmetlerle yaşam kalitelerinde artmanın olduğu fark edilmiştir (100).

Zimmer ve arkadaşları tarafından 2007 yılında ayaktan takip edilen 56 şizofreni hastası rastgele 2 gruba ayrılmış. Bir gruba rutin tedavisi diğer gruba rutin tedaviye ek olarak psikososyal terapilerden olan bilişsel davranışçı terapi program haftalık 12 seans

uygulanmıştır. Sonuç olarak program uygulanan bireylerin yaşam kalitelerinde yükselme saptanmıştır (101).

Cengisiz ve arkadaşları tarafından (2023) yapılan çalışmada TRSM`ye düzenli gelen şizofreni hastaları olgu grubunu, düzenli gelmeyen şizofreni hastaları ise kontrol grubunu oluşturmuştur. TRSM` ye düzenli gelen olgu grubunun yaşam kalitesinin daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (102).

Bilge ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir araştırmada TRSM hizmetlerinden faydalanan şizofreni tanılı bireylere hastalık belirtilerini öğretme ile aynı zamanda baş etme becerilerini artırmak amacıyla toplumsal beceri eğitimi uygulanmıştır. Çalışma sonucunda verilen eğitimin deney grubunun yaşam kalitesine olumlu katkı sağladığı belirtilmiştir (103).

Kokaçya ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada remisyonda olan şizofreni hastaları ile remisyonda olmayan şizofreni hastalarının yaşam kalitesine göre daha yüksek puan elde edilmiştir. Sonuç olarak hastalığın belirtilerinin düzelmesinin bireylerin yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir (104).

Çalışmada deney grubuna, haftada 3 gün, ortalama 45`er dakikalık süreyle uygulanan RUTBE`nin, bireylerin yaşam kalitelerini pozitif yönde etkilediği sosyal ilişkiler alt alanı, genel sağlık alt alanı ve psikolojik sağlık alt alanlarında anlamlı bir gelişme sağladığı saptandı. Bununla birlikte yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel sağlık alt alanı ve çevre alt alanında RUTBE`nin anlamlı bir katkısının olmadığı belirlendi. Şizofrenide hastalığın etkisiyle bireyler kendilerini değersiz, yetersiz hissetmekte, girişken olamamakta ve hayata olumsuz bakmaktadır. Bu durum hastaların yaşamdan aldıkları doyumunu kalitesiz hale getirmekte ve hastalığın getirdiği inatçı belirtilerle yaşamları zorlaşmaktadır. Bu çalışmada RUTBE`deki beceri alanlarından olan; özgüveni arttırmanın kendilerine değer veren, toplum içinde işe yarar, rol ve sorumluluk sahibi birey haline getirdiği düşünülmektedir. Bir değer beceri alanı olan geçmeyen inatçı belirtilerle baş etme ile hastaların hastalığın belirti ve bulgularını öğrenmesini ve bunlara yönelik çözüm yolları geliştirerek yaşamının daha kaliteli hale geleceği ifade edilmektedir. Yine beceri alanlarından olan sorun çözme alanı ile hayatında önüne çıkan her türlü problemden kaçmak yerine onların üstüne gidip gerekli çözüm yolları geliştirmesinin bireyin hem özgüvenini arttıracacağı hem de yaşamındaki krizleri iyi yönetebilmesini sağlayacağı düşünülmektedir. Tüm bu beceri alanlarıyla RUTBE`nin

yaşam kalitesi üzerine olan olumlu etkisi beklenen bir sonuç olarak ifade edilebilir. Ancak anlamlı farklılık göstermeyen fiziksel sağlık alt alanının daha çok bireyin ağrı, güç, kuvvet, bedensel hareketlilik gibi alanları içerdiği için, çevre alt alanının ise bireyin denetimi dışındaki faktörlerden kaynaklandığından RUTBE`nin de daha çok bireylerin ruhsal ve toplumsal işlevselliklerine yönelik etkisinden dolayı bu alanlarda uzun vadede ölçüm gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada kontrol grubu hastalarının Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası ölçümlerinde farklılık göstermediği saptandı. Sadece psikolojik sağlık alt alanında anlamlı bir azalma saptandı. Her iki grup arasındaki değişimin deney grubuna verilen RUTBE`den kaynaklandığı düşünüldü.

Çalışmada Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları uygulama öncesi deney ve kontrol grubundaki hastalar için karşılaştırıldığında çevre alt boyutu haricindeki alt boyutlarda anlamlı farklılık saptanmadı. Bu durum RUTBE`nin etkinliğini daha iyi anlaşılması için grupların ilk başta homojen bir dağılım gösterdiğini ortaya koymaktadır. Eğitim sonrasında ise deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında genel sağlık alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda deney grubunun yaşam kalitesi düzeyinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış görüldü. Genel Sağlık alt alanı eğitim sonrasında deney grubunda kontrol grubuna göre sayısal olarak artış göstermişken istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

RUTBE programına katılan hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamalarının eğitim sonrası artması ve bunun yanında psikoegitim uygulanmayan kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarında bir değişimin olmaması göz önüne alındığında, uygulanan RUTBE eğitiminin etkili olduğu sonucuna ulaşılabılır. Buna bağlı H1 hipotezi olan **“Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanılı hastalara verilen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi hastaların yaşam kalitesini arttırır.** “hipotezini doğrulamaktadır.

5.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastalara Verilen RUTBE`nin Toplumsal İşlevsellik Düzeylerine Etkisi

Şizofreninin temel belirtilerinden sayılan toplumsal ve bilişsel işlevsellikteki bozulmalar hastaların günlük yaşamları üzerinde önemli sorunlara neden olmakta ve yük oluşturarak yaşam kalitelerini bozmaktadır (18). Şizofrenide bu belirtilerin

giderilmesinde farmakolojik tedavinin yanında ruhsal toplumsal tedavilerin birlikte uygulanması işlevsellik üzerinde olumlu etkiler oluşturarak tamamlayıcı rol oynamaktadır (81). Bu çalışmada şizofreni tanılı hastalara verilen RUTBE uygulamasının toplumsal işlevsellik üzerindeki sonuçları tartışıldı.

Çalışmada kontrol grubunda toplumsal işlevsellik düzeyleri her hasta için ayrı ayrı incelenmiş olup herhangi bir farklılık göstermemişken deney grubunda eğitim sonrasında artış saptandı. Literatürde yapılan bazı araştırmalara göre elde ettiğimiz bulguları destekler nitelikte sonuçlar olduğu saptandı. Yıldız ve arkadaşlarının (2005) yaptığı grup eğitimiyle Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi uygulaması ile hastaların iletişimlerinde, bilgi düzeylerinde ve toplumsallaşma becerilerinde artma sağladığı ortaya konulmuştur (9).

Yılmaz Karaman ve arkadaşlarının (2020) yaptığı şizofreni hastalarında uğraş tedavilerine ek olarak verilen RUTBE eğitiminin hastaların sosyal işlevselliklerinde artış sağladığı ve bununla beraber klinik belirtilerde azalma olduğu belirtilmiştir (11).

Yıldız ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptığı bir çalışmada şizofreni hastalarına hem RUTBE hem de üst biliş eğitimi verilerek bireylerin toplumsal ve bilişsel işlevselliklerinde iyileşmelerin olduğu saptanmıştır (81).

Yıldız ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı Kulüp-Ev Denemesi ile 14 şizofreni hastasına 8 ay boyunca destek terapileri, günlük yaşam etkinlikleri, sosyal faaliyetler, eğlence gibi alanlara yer verilerek programın başında ve sonunda hastalar değerlendirilmiş ve bu programla bireylerin toplumsal işlevselliklerinde artma olduğu ifade edilmiştir (105).

Yıldız ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılan çalışmada 15 hastaya rutin ilaç tedavileri verilirken diğer 15 hastaya rutin tedaviye ek olarak RUTBE verilmiştir. Çalışmanın sonunda RUTBE verilen grubun yaşam niteliği ve sosyal işlevselliklerinin arttığı belirtilmektedir (106).

Glynn ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı çalışmada 63 şizofreni tanılı bireye 60 hafta boyunca klinik temeli sosyal beceri eğitimi verilmiştir. Hastaların toplumsal işlevlerini arttırmada anlamlı sonuçlar olduğu tespit edilmiştir (107).

Şizofreni sanrı, varsanı, dağınık konuşma ve davranışlarla ilerleyen kronik bir hastalıktır. Bu değişik belirti ve bulgular hastalık için ne kadar önemliyse diğer bir önemli özellik de bireylerin toplumsal, mesleki ve akademik alanlardaki işlevsellikteki bozukluklardır. Uzun yıllar uygulanan ilaç tedavilerine rağmen devam eden bu sorunlar, farmakolojik tedaviye ek müdahalelerin gerekliliğini ortaya koymaktadır. RUTBE`de yer alan beceri alanlarından toplumsallaşma ile bireylerin arkadaşlık ilişkilerinin geliştirilmesi, toplumsal etkinliklere katılımında artma olması beklenmektedir. RUTBE`nin grupla birlikte yapılması ile kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesini aynı zamanda uygun senaryolarla rol oynama çalışması yapılması ile toplumsal işlevselliği arttırması beklenmektedir. Bireylere toplumsal olaylarla ilgili resimler gösterilip insan ilişkileri ve yüz ifadelerini anlatması ile toplumsal algı çalışması ve deneyim paylaşımı ile bireylerin yalnız olmadığını görmeleri sağlanır. Tüm bu çalışmalar doğrultusunda RUTBE`nin toplumsal işlevsellik düzeylerinde olumlu etkisi beklenen bir durum olarak ifade edilebilir. Mesleki alt alanında anlamlı bir değişim olmaması ise hastalığın uzun süreli etkisinin bireylerde mesleki işlevselliğin bozulmasına neden olmasına dayanabileceği ve anlamlı bir değişim olması için eğitimin daha uzun süreli verilmesi ve destek oturumlarının arttırılması gerekliliği düşünüldü.

Bu araştırmada kontrol grubundaki hastaların Toplumsal İşlevsellik düzeylerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ölçümlerinde farklılık göstermediği saptandı. RUTBE`nin toplumsal işlevsellik üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünüldüğünde kontrol grubunda Toplumsal İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarında herhangi bir değişiklik olmaması eğitimin kontrol grubuna uygulanmamasına bağlı olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda Toplumsal İşlevsellik Ölçeği toplam ve alt grup puan ortalamaları deney ve kontrol grubundaki hastalar için karşılaştırıldığında uygulama öncesi öz bakım alt boyutu haricindeki alt boyutlarda anlamlı farklılık saptanmadı. Bu durum RUTBE`nin etkililiğinin anlaşılabilmesi için grupların ilk başta homojen bir dağılım gösterdiğini ortaya koymaktadır. Yalnızca öz bakım alt boyutunda gruplar arası eğitim öncesi farklılık saptanması grupların homojen dağılım göstermediğini, deney grubunun daha yüksek puanda olduğunu göstermektedir. Eğitim sonrasında ise deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında bağımsız yaşama alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda deney grubunun toplumsal işlevsellik düzeyinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış saptandı. Bağımsız yaşama alt alanı eğitim sonrasında deney

grubunda kontrol grubuna göre sayısal olarak artış göstermişken istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

RUTBE programına katılan hastaların Toplumsal İşlevsellik Ölçeği toplam puan ortalamalarının eğitim sonrası artması ve bunun yanında eğitim uygulanmayan kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarında bir değişimin olmaması göz önüne alındığında, uygulanan RUTBE eğitiminin etkili olduğu sonucuna ulaşılabilir. Buna bağlı H2 hipotezi olan **“Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanılı hastalara verilen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi hastaların toplumsal işlevselliğini arttırır”** hipotezini doğrulamaktadır.

5.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastalara Verilen RUTBE`nin Tedaviye Uyumu Düzeylerine Etkisi

Şizofreni hastalarında reçete edilen ilaçlara uyum gösterememe uzun zamandır karşılaşılan bir sorundur. Bu tedaviye uyum sorunları hastaların zorla yatışlarına, yatış sürelerinin artmasına ve kötü prognoza neden olmaktadır. Farmakolojik tedavi yöntemleri ile birlikte ruhsal toplumsal tedavi programları bir bütün halinde verilirse başarı oranının arttığı belirtilmektedir (97). Bu nedenle şizofreni hastalarına verilen RUTBE eğitiminin tedaviye uyum üzerindeki etkisi bu bölümde tartışıldı.

Bu çalışmada kontrol grubunda Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği her hasta için ayrı ayrı incelenmiş olup kontrol grubu hastalarında Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği puanları zamanla farklılık göstermemişken deney grubunda eğitim sonrasında artış saptandı.

Literatür incelendiğinde sonuçların yapılan diğer çalışmalar ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Bu çalışmalar; Söğütlü ve arkadaşlarının (2017) TSRM`de 30 çalışma 30 kontrol grubundan oluşan 60 şizofreni hastalarına yapılan RUTBE eğitimini üç gruba ayırarak haftada bir kez iki ders şeklinde 18 oturumda tamamladı. RUTBE`nin bireylerin ilaç uyumlarında belirgin düzelme sağladığı belirtilmektedir (10).

Yıldız ve arkadaşlarının (2005) şizofreni hastalarına uyguladıkları RUTBE`nin hastaların bilgi düzeyleri, ilaç tedavisi, belirtilerle başa çıkma becerilerinde artış olduğunu ortaya koymuştur (9).

Yıldız ve arkadaşlarının (2002) yaptığı şizofreni hastalarında ruhsal toplumsal eğitim ile hasta bireylerin tedaviye uyumu ve etkinliğini arttırdığı ifade edilmektedir (96).

Moriana ve arkadaşları (2006) tarafından 32 şizofreni hastasına altı ay boyunca ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulayıp diğer tarafta sadece ilaç tedavisi uygulanan bir grubu kıyaslamıştır. Ruhsal toplumsal beceri eğitimi alan grubun tedavi uyumunda artma olduğu saptanmıştır (108).

Özdemir ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmada poliklinikte rutin farmakolojik tedavilerini alan şizofreni hastaları ile TRSM`de farmakolojik tedaviye ek olarak ruhsal toplumsal uyumlandırma alan şizofreni hastaları karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda ruhsal toplumsal uyumlandırmanın hem işlevselliğe hem de tedavi uyumuna olumlu katkısı olduğu belirtilmiştir (109).

Arslan ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada 60 şizofreni hastasına ruhsal eğitim programı 6 ay boyunca uygulanmış ve eğitimin başında, sonunda ve başlangıçtan sonraki üçüncü yılda ölçekler uygulanmıştır. Araştırma sonucunda Program öncesi hastaların %25`inin düşük tedavi uyumu gösterdiği program sonrasında ise bu oranın %3.3`e düştüğü belirlenmiştir (110).

Meriç ve Ergün (2022) tarafından yapılan bir araştırmada şizofreni tanılı bireylerin ilaç tedavisine uyum düzeylerini etkileyen etmenler incelendiğinde TRSM`ye düzenli katılım sağlayanların düzenli ilaç kullanımına olumlu etkisinden bahsedilmiştir (111).

Çalışkan ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada şizofreni tanılı bireylere psikiyatri hemşireleri tarafından psikosoyal rehabilitasyon programları verilen 8 ayrı araştırma incelenmiştir. Araştırma sonucunda eğitim verilen grubun ilaç uyumlarının ve yaşam kalitelerinin yüksek olduğu saptanmıştır (112).

RUTBE`de yer alan ilaç tedavisi ve yan etkileri öğrenmek, uyarıcı işaretler ve bunlarla baş etme yöntemlerini öğrenmek gibi beceri alanlarının tedavi uyumunda etkili olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda RUTBE`de uygulama etkinliklerinden olan hastaların ilaç kullanımı ile ilgili deneyim paylaşımları, rol oynama ile hastalara verilen bilgilerin pekiştirilmesi ve bunları gerçek yaşamına uygulaması kolaylaşır. Hastalara gerekli çözümler verilerek yan etkiler ortaya çıktığında ne gibi davranışlarda bulunması gerektiği anlatılır. Tüm bu beceri alanlarının uygulanması ile RUTBE`nin tedaviye olan uyumunun olumlu etkisinin oluşmasında katkı sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmada kontrol grubundaki hastaların Tedaviye Uyum Ölçeği puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası ölçümlerinde farklılık göstermediği saptandı.

RUTBE`nin tedavi uyumu üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünöldüğünde kontrol grubunda Tedaviye Uyum Ölçeğinde herhangi bir değışiklik olmaması eğitimin kontrol grubuna uygulanmamasına bağı olduğı düşünöldü.

Çalışmamızda Tedaviye Uyum Ölçeğı puan ortalamaları deney ve kontrol grubundaki hastalar için karşılaştırıldığında eğitim öncesi anlamlı farklılık saptanmadı. Bu durum RUTBE`nin etkinliğini ortaya koyması için grupların ilk başta homojen bir dağılım gösterdiğini ortaya koymaktadır. Eğitim sonrasında ise deney ve kontrol grubunun gruplar arası karşılaştırmasında deney grubunun tedaviye uyum düzeyinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış saptandı.

RUTBE programına katılan hastaların Tedaviye Uyum Ölçeğı toplam puan ortalamalarının eğitim sonrası artması ve bunun yanında eğitim uygulanmayan kontrol grubundaki hastaların puan ortalamalarında bir değışimin olmaması göz önüne alındığında, uygulanan RUTBE eğitiminin etkili olduğı sonucuna ulaşılabilir. Buna bağı H3 hipotezi olan **“Toplum Ruh Sağı Merkezindeki şizofreni tanılı bireylere verilen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi hastaların tedavi uyumunu arttırır.”** hipotezini doğrulamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda şizofreni tanısı ile takip edilen 30 kişiden oluşan deney grubu hastalarına RUTBE uygulandı ve sonuçları kontrol grubu (30 kişi) ile karşılaştırıldı. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar;

- ✓ Deney ve kontrol grubunun sosyodemografik değişkenler açısından homojen olduğu,
- ✓ RUTBE programı sonrası deney grubu hastaların “Genel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal alan ve WHOQOL-BREF-TR toplam puanlarının arttığı yani uygulanan RUTBE programının şizofreni hastalarının yaşam kalitesini arttırdığı,
- ✓ RUTBE programı sonrası deney grubu hastaların “Öz bakım, kişilerarası ilişkiler ve eğlenti, bağımsız yaşama alt alanı ve TİDÖ toplam puanlarının arttığı yani uygulanan RUTBE programının şizofreni hastalarının toplumsal işlevselliklerini arttırdığı,
- ✓ RUTBE programı sonrası deney grubu hastaların Morisky Modifiye Tedaviye Uyum toplam puanının arttığı yani uygulanan RUTBE programının şizofreni hastalarının tedaviye uyumunu arttırdığı,
- ✓ RUTBE programı sonrası kontrol grubu hastaların” genel sağlık, fiziksel sağlık, sosyal alan ve çevre alanı ve WHOQOL-BREF-TR toplam puan ortalamalarında artma olmadığı,
- ✓ Kontrol grubundaki hastaların toplumsal işlevselliklerinde ve tedaviye uyumlarında bir artma olmadığı belirlendi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Akademik Alana Yönelik Öneriler;

- ✓ Şizofreni hastalarında RUTBE ile ilgili geniş örneklemlili ve daha uzun süreli araştırmaların artırılması önerilmektedir.

Klinik Alana Yönelik Öneriler;

- ✓ RUTBE eğitiminin TRSM'ler de uygulanan sosyal beceri programları içerisinde yer alması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- ✓ TRSM hemşirelerine RUTBE eğitimiyle ilgili eğitimlerin verilmesi ve uygulamalarda aktif olarak bulunması önerilmektedir.

Çalışmamızda yaptığımız RUTBE; hastanın tedavisine katkı sağlayan, belirtileri düzelten literatürle uyumlu bir eğitimidir. Şizofreninin tedavisinde RUTBE ve diğer ruhsal toplumsal programların farmakolojik tedaviyle birlikte bütüncül olarak sunulması ve yaygınlaştırılması hastalar için yarar sağlayacaktır.



7. KAYNAKLAR

- 1-Bayrak N, Geniş B, Gürhan N. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde hizmet alan şizofreni ve bipolar affektif tanıli hastaların profillerinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(3): 289-297.
- 2-Ensari H, Gültekin B, Karaman D, Koç A, Beşkardeş A. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi ve genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izlem çalışması. Anatolian Journal Of Psychiatry. 2013;14:104-108.
- 3-Durmaz O, Akkişi Kumsar N. Toplum ruh sağlığı merkezi uygulamalarının şizofreni hastalığının sürecine klinik değişkenler temelinde etkisi. Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi.2020; 2(2):82-88.
- 4-Bag B. Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2012; 4(4):465-485.
- 5-Sağlam Aykut D. Şizofreni hastalarında hastalık süresinin klinik özelliklere etkisi. Klinik Psikiyatri. 2017; 20: 301-307.
- 6-Arslantaş H. Psikiyatrik hastalıklarda evde bakım ve hemşirelik sürecinin uygulanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 12(4):1-7.
- 7-Uz Gül E, Öztürk Can D, Kılıçaslan Şahin EH, Şahin Ş. Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi`nde takip edilen şizofreni hastalarının değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2014; 16(2): 15-19.
- 8-Kocal Y, Karakuş G, Sert D. Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellik ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2017; 26(21):251-267.
- 9-Yıldız M, Yüksel A, Erol A. Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulaması, grup eğitim deneyimleri. Türkiye`de Psikiyatri. 2005 ;7(1):26-32.
- 10-Söğütlü L,Özen Ş, Varlık C, Güler A. Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2017; 18(2): 121-128.

- 11- Yılmaz Karaman İG, İzci Kasal M, İnceç C, Yastıbaş C, Gülyüksel F. Toplum ruh sağlığı merkezine uğraş tedavilerine eklenen ruhsal toplumsal beceri eğitiminin şizofreni hastalarının toplumsal işlevselliği üzerine etkisi: Karşılaştırmalı bir çalışma. Nöropsikiyatri Arşivi. 2020; 57: 248-253.
- 12- Doğanavşargil Ö. Şizofreni ve Depresyonda İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. 2009, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 72 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Reyhan Uçku).
- 13- Soygür H. Şizofreni ve yaşam niteliği. Klinik Psikiyatri. 2003; 1: 9-14.
- 14-T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: Bakanlık Yayın, 2011:s.1-5.
- 15- Koçak Z, Taylan HH. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2018; 6(78): 621-640.
- 16- Üstünsoy Çobanoğlu Z, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. Düşünen Adam. 2003; 16(4):211-218.
- 17-Dilbaz N, Karamustafaoğlu O, Oral T, Önder E, Çetin M. Psikiyatride tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2006; 16:223-232.
- 18-Gürcan MB, Yıldız M, Patır K, Demir Y. Şizofreni hastalarında izleti ve anlatı tedavilerin uskuramı ve toplumsal işlevsellik üzerine etkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2021; 58: 108-114.
- 19-Yıldız M, İpçi K, İncedere A, Kırçalı A, Ebibi S, Soykal N, Soykal İ, Ayhan A, Ceco U. Toplumsal işlevselliğin toplum temelli araştırılması: Kocaeli`de bir ön çalışma. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 3(3):1-5.
- 20-Sevinik H, Taş Arslan F. Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2020; 11(3):177-180.

- 21-Koroğlu A, Hocaoğlu Ç. Şizofrenide aile yükü, aile işlevleri ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2019; 11(3): 294-302.
- 22-Kağızman EB, Avşar O. Şizofreni tanı ve tedavisinde mikroRNA`ların rolü. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*.2022; 4(3): 278-287.
- 23-Arslan Delice M, Mert Akgül S, Yıldız M. Toplum ruh sağlığı merkezinde hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2014; 4(2): 122-126.
- 24-Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluklar. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. Çam O, Engin E. (Editörler). İstanbul: İstanbul Kitabevi, 2014:s.411-447.
- 25-Hajiyev G, Çakmak S, Tamam L, Kaytuğ M ,Demirkol M, Namlı Z, Aktaş S. Şizofreni tanılı hastalarda nörobilişsel bozulmanın yaşam kalitesiyle ilişkisi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2022; 44(6):829-838.
- 26-Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013; 5(4): 461-478.
- 27-Şahin MD. Şizofreni tanılı bireylere uygulanan sağlıklı yaşam grup eğitiminin şizofreninin pozitif, negatif belirtileri ve şizofreni tanılı bireylerin öznel iyileşme değerlendirmeleri üzerine etkisi. *Abant Tıp Dergisi*. 2022; 11(1): 1-10.
- 28-Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye`de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2011; 22(1): 40-52.
- 29- Saruç S, Kaya Kılıç A. Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların sosyal profili ve merkezde verilen hizmetler. *Toplum ve Sosyal Hizmet*.2015; 26(2): 53-73.
- 30-Karaağaç Özçelik E, Yıldırım A. Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*.2018; 9(2): 80-87.
- 31-Taşkın Uyan T, Koroğlu A, Hocaoğlu Ç. Şizofreni: Etiyoloji, tanı ve tedavi yaklaşımlarında güncel durum. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*.2023; 10(1): 19-35.

- 32-Summakoğlu D, Ertuğrul B. Şizofreni ve tedavisi. Lectio Scientific Journal of Health and Naturel Sciences. 2018; 1(2) :43-61.
- 33-Üçok A. Şizofreninin erken döneminde klinik özellikler ve tedavi ilkeleri. Klinik Psikiyatri. 2008; 11(1): 3-8.
- 34-Binbay T, Ulaş H, Alptekin K. Şizofreni epidemiyolojisine Türkiye`den katkı yapmak: Nasıl ve neden? Klinik Psikiyatri. 2010; 13(1): 9-15.
- 35- Üçok A. Şizofreni hastası neden damgalanır? Klinik Psikiyatri. 2023; 1: 3-8.
- 36-Avcı D. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar ve Hemşirelik Yaklaşımı. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Batmaz M, Yazıcı Gezen H. (Editörler). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2021: s.103-128.
- 37-Gürhan N. (Editör). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2016: s. 540-561.
- 38-Ayano G. Schizophrenia: A concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: Review of literatures. Journal of Schizophrenia Research. 2016; 3(2): 1029-1034.
- 39-Russo M, Carrarini C, Dono F, Rispoli MG, Di Pietra M, Di Stefano V, Ferri L, Bonanni L, Sensi SL, Onofri M. The pharmacology of visual hallucinations in synucleinopathies. Frontiers In Pharmacology. 2019; 10: 1379-1403.
- 40- Özdemir O, Güzel Özdemir P. Glutamat sistemi ve Şizofreni. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016;8(4): 394-405.
- 41-Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2001: s. 217-260.
- 42- Güvenç C, İlnem C, Ceylan ME, Vardar M. Şizofreni ve östrojen. Düşünen Adam. 2004; 17(2): 99-104.
- 43-Kaya N, Açıkgözoğlu R, Çilli AS, Açıkgözoğlu S. Şizofreni hastalarında beyindeki yapısal değişikliklerin yaşla ilişkisi. Genel Tıp Dergisi. 2002; 12(3): 87-90.

- 44- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- 45- Insel TR. Rethinking schizophrenia. Perspective.2010;468:187-195.
- 46-McCutcheon RA, Krystal JU, Howes OD. Dopamine and glutamate in schizophrenia: Biology, symptoms and treatment. World Psychiatry. 2020; 19: 15-33.
- 47-Tiryaki A, Özkorumak E, Ak İ. Şizofrenide eksiklik sendromu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2009; 19: 75-86.
- 48- İpçi K, İncedere A, Kiroş F, Yıldız M. Şizofreni hastalarında öznel iyileşme ve bilişsel içgörü arasındaki ilişkinin araştırılması. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2018;4(1): 1-4.
- 49-Albayrak Özalmete Ö, Özalmete EO, Ceylan ME, Efe Sevim M. Şizofreni tedavisinde çoklu ilaç kullanımının nedenleri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2009; 19: 68-74.
- 50- Ömrüm MH. Antipsikotik ilaçlar ve periferik ödem: Bir derleme. Medical Records. 2020; 2(2): 39-43.
- 51-Erdoğan S. Atipik antipsikotik ilaçların hematolojik yan etkileri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009;1: 255-279.
- 52- Demirel A, Demirel ÖF, Uğur M. Atipik antipsikotik antipsikotiklere bağlı metabolik sendrom. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2015;7(1):81-97.
- 53-Açar M, Erol A. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde EKT uygulamaları. Klinik Psikiyatri. 2017; 20: 294-301.
- 54-Hızlı Sayar G, Özten E, Eryılmaz G, Göğçeğöz I, Ceylan ME. Elektrokonvülsif tedavi üzerine güncel bir gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014; 6(2): 103-125.
- 55-Zeren T, Tamam L, Evlice YE. Elektrokonvülsif Terapi(EKT): Bir genel değerlendirme. Arşiv. 2003; 12: 340-379.

- 56-Tomruk NB, Oral T. Elektrokonvülsif tedavinin klinik kullanımı: Bir gözden geçirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2007; (8):302-309.
- 57-Şahin F, Şahin Altun Ö. Şizofreni hastalığında mutluluk kavramı.2022;14(3): 291-298.
- 58-Cansız A, Nalbant A, Yavuz KF. Şizofreni hastalarında psikolojik esnekliğin araştırılması. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi. 2020; 9(2): 82-83.
- 59-Babacan Gümüş A. Şizofrenide hasta ve ailelerinin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2006; 1(2): 23-35.
- 60-Yıldız M. Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Eğitici El Kitabı. 2.baskı. İzmit: Umuttepe Yayınları, 2019: s. 1-66.
- 61-Bustillo J, Lauriello J, Horan W, Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. Am J Psychiatry. 2001; 158(2): 163-175.
- 62-Sungur MZ, Yalnız Ö. Şizofreni tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımlar. Klinik Psikiyatri. 1999; 2: 160-166.
- 63-Köroğlu A, Hocoğlu Ç. Şizofreninin aile üzerine olan etkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.2017; 7(3): 170-175.
- 64- Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri. 2003; 6: 198-203.
- 65- Top MŞ, Özden SY, Efe Sevim M. Psikiyatride yaşam kalitesi. Düşünen Adam. 2003; 16(1): 18-23.
- 66-Ceylan D, Yeşilyurt S, Akdede BB, Sayın Z, Alptekin K. Şizofreni tedavisinde çoklu, antipsikotik kullanımının belirtiler, yan etkiler ve yaşam niteliği ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2016; 17(6) : 433-441.
- 67- Karaağaç H ve Çelik Var E. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri. 2019; 22: 16-26.

- 68-Kiras F, Yıldız M, İncedere A, Esen D, Gürcan M, Abut B, İpçi K, Tural Ü. Şizofreni hastaları için toplumsal işlevselliği değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2019;20(21):29-38.
- 69-Özdemir İ, Şafak Y, Karaoğlan Kahiloğulları A, Karadağ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofren hastalarına uygulanan ruhsal toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi.2017;18(5):419-427.
- 70-Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatri bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2010; 1(1): 7-12.
- 71-Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2015; 6(1): 40-46.
- 72-Demirkol M, Tamam L. Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016; 8(1):85-93.
- 73-Umut G, Öztürk Altun Z, Danışmant BS, Küçükparlak İ, Karamustafaloğlu N. Bir eğitim hastanesinde yatarak tedavi gören şizofreni hastalarında tedavi uyumu, içgörü ve agresyon ilişkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2020; 25: 212-220.
- 74- Dikeç G, Kutlu Y. Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2014; 5(3): 143-148.
- 75-Pusuroğlu M, Helvacı Çelik F, Baltacıoğlu M, Bahçeci B, Hocoğlu Ç. Şizofreni hastalarında bağlanmanın işlevsellik, içgörü ve tedaviye uyum ile ilişkisi. Phoenix Medical Journal. 2022; 4(1): 17-22.
- 76-Solgun C. Şizofreni Hastalarında Yetiyitimi İçgörü Ve Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. 2019, Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 162 sayfa, Sakarya, (Dr. Öğr. Üyesi Gülgün DURAT).
- 77-Kalkan Gökdam E. Şizofreni Hastalarının İçgörülerinin Tedaviye Uyumuna Etkisi.2018, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 44 sayfa, Malatya, (Dr. Öğr. Üyesi Funda KAVAK).

- 78-Arslan S.Şizofreni Hastalarının Ailelerinde Kendini Damgalama, Yaşam Kalitesi, Psikiyatrik Belirti ve Aralarındaki İlişki. 2023, Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 106 sayfa, Mersin, (Prof. Dr. Fatma ÖZ).
- 79-Yavuz Y. Şizofreni Hastalarının İçgörü Düzeyi ile Toplumsal İşlevsellik Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 2023, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 77 sayfa, Muğla, (Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU).
- 80-Kurtaran D. Şizofreni Hastalarında Tedavi Uyumun Antipsikotik İlaç Yan Etkileri ve Cinsel İşlev Sorunları ile İlişkisi. 2019, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 104 sayfa, Sivas, (Prof. Dr. Meral KELLEÇİ).
- 81- <https://www.randomizer.org>
- 82-Yıldız M, Özaslan Z, İncedereA, Kırçalı A, Kiras F, İpçi K. Şizofrenide ruhsal toplumsal beceri eğitimi ve üstbiliş eğitiminin toplumsal ve bilişsel işlevsellik üzerine etkisi. Nöropsikiyatri Arşivi. 2019;56:139-143.
- 83-Kaymaz T. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine En Az 2 Yıl Kaayıtlı Olan Şizofreni Hastalarının Nesnel İyileşme Ölçütlerine Göre Değerlendirilmesi.2020, Kocaeli Üniversitesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, 57 sayfa, Kocaeli, (Prof. Dr. Mustafa Yıldız).
- 84-Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. Yaşlılar için Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi modülü WHOQOL-OLD: Türkiye alan çalışması Türkiye sürüm geçerlilik ve güvenilirlik sonuçları. Türkiye Psikiyatri Dergisi.2010; 21(1): 37-48.
- 85-Eroğlu Metiner S. Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylere Uygulanan Fiziksel Aktivite Programının Yaşam Kalitesi ve İyileşme Sürecine Etkisi. 2021, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 98 sayfa, İzmir, (Doç.Dr. Şeyda Dülgerler).
- 86-Akpınar Ş ve Kelleci M. Şizofrenik hastalara uygulanan sorun çözme becerilerini geliştirme programının yaşam kalitesine etkisi. Klinik Psikiyatri. 2008;11:180-190.

- 87-Kalı AH. Pozitif Negatif Belirtilerle Seyreden Şizofreni Hastalarında Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi. 2018, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans, 114 sayfa, Gaziantep, (Doç. Dr. Ahmet Ünal).
- 88-Gülcüoğlu M. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Tanısıyla Takip Edilen Hastaların Bilişsel İçgörü, Toplumsal İşlevsellik ve Başa Çıkma Tutumları Açısından Değerlendirilmesi. 2021, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 83 sayfa, Nevşehir, (Doç.Dr. Figen İnci).
- 89-Abut FB. Şizofrenide Klinik Psikopatoloji Bilişsel ve Toplumsal İşlevsellik Arasındaki İlişki: 1 Yıllık İzlem. 2019, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, 73 sayfa, İzmit, (Prof. Dr. Mustafa Yıldız).
- 90-Vural B, Acar ÖT, Topsever O, Filiz M. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. Turkish Family Physician. 2012; 3(4): 17-21.
- 91-Ertekin H, Er M, Yardım Özayhan H, Yayla S, Akyol E, Şahin B. Quality of life and depression in schizophrenia patients living in a nursing home. Düşünen Adam. 2015; 28(3): 213-221.
- 92-Gezgin Yazıcı H, Şahiner İV, Didin M, Öner S. Şizofreni hastalarında kilo alımı, ruhsal belirtiler ve benlik saygısı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2022; 14(1):100-109.
- 93-Demirel Döngel B, Demirkol ME, Tamam L. Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi. Cukurova Medical Journal. 2018; 43(4): 892-902.
- 94-Aydın A, Saygın Eker S, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2009; 46(10-4):10-15.
- 95- Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 15. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2018:s.668-669.
- 96-Albayrak Özalmete Ö, Ceylan ME, Özalmete O, Efe Sevim M. Yatan şizofreni hastalarında çoklu ilaç kullanımı. Nöropsikiyatri Arşivi. 2010; 47: 23-28.
- 97-Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Özgen G, Ekmekçi H, Duy B, Torun F, Ünsal G, Coşkun S, Sipahi B, Çakıl G, Eryıldız M. Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi. Türk Psikiyatri Dergisi.2002; 13(1):41-47.

- 98-Deveci A, Esen Danacı A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek Yüksel E. Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2008; 19(3): 266-273.
- 99-Doğan S, Doğan O, Tel H, Çaker F, Polatöz Ö, Doğan Başdeğmez F. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2002; 3: 69-74.
- 100- Üçok A, Atlı H, Çetinkaya Z, Kandemir PE. Şizofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: Bir yıllık uygulama sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2002; 39: 113-118.
- 101- Şahin Ş, Elboğa G. Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*. 2019; 44(2):431-438.
- 102- Zimmer M, Duncan AV, Laitano D, Ferreira EE, Abreu PB. A twelve-week randomized controlled study of the Cognitive-Behavioral Integrated Psychological Therapy program: Positive effect on the Social Functioning of schizophrenic patients. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(2):140-7.
- 103- Cengisiz C, Nehir S, Ögütveren Ö. Şizofreni tanılı bireylere uygulanan psikiyatrik rehabilitasyon hizmetlerinin yaşam kalitesi ve umuda etkisi. *Gevher Nesibe Journal Of Medical & Health Sciences*. 2023; 8(Özel Sayı): 882-889.
- 104- Bilge A, Ekitli GB, Embel N, Kaya FG, Kalkan Turan HS, Kaygı Oğulluk M. Toplum ruh sağlığı merkezi'ndeki şizofreni hastalarına uygulanan öncü belirtileri tanıma ve baş etme eğitiminin içgörü düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi* 2016; 7: 52–68
- 105- Kokaçya M, Vırit O, Çöpoğlu Ü, Savaş H, Arı M, Bahçeci B. Symptomatic remission determines functional improvement and quality of life in schizophrenia. *Arch Neuropsychiatry*. 2016; 53: 328-333.
- 106- Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder ME. Şizofreni rehabilitasyonunda aile ve gönüllülerle yürütülen bir kulüp-ev denemesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*.2003; 14(4): 281-287.
- 107- Yıldız M, Veznedaroğlu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: A controlled study in Turkey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2004; 8: 1-7.
- 108- Glynn S, Marder SR, Liberman R, Blair K, Wirshing W, Wirshing D, Ross D. Supplementing clinic-based skills training with manualbased community support

sessions: Effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:829–837.

- 109- Moriana JA, Alarcón E, Herruzo J. In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia. *Psychiatry Serv*. 2006; 57(2):260- 272.
- 110- Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S, Karaoğlan Kahiloğulları A, Karadağ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2017; 18(5):419-427.
- 111- Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2015; 16: 238-246.
- 112- Meriç M, Ergün G. Şizofreni hastalarının ilaç tedavisine uyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Nitel bir çalışma. *Göbeklitepe International Journal Of Health Sciences*. 2022; 5(8): 98-104.
- 113- Çalışkan MB, Ata EE, Dikeç G. Psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni tanımlı hastalara uygulanan psikososyal rehabilitasyon programları: Sistemik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2021; 13(1):77-92.

8-EKLER

EK-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu)

Bu çalışmada, Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanılı hastaların aldıkları Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin (RUTBE) hastanın yaşam kalitesi, toplumsal işlevselliği ve tedaviye uyumuna etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Bu çalışmada size herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Gönüllülüğünüz esas alınarak çalışmanın ilk başında anket uygulaması yapılacaktır. Ankette; Bireysel Bilgi Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Toplumsal İşlevsellik Ölçeği ve Tedaviye Uyum Ölçeklerini doldurmanız istenecektir. Çalışmada sizden istenen anket ve ölçekleri doğru olarak doldurmak sizin sorumluluklarınızdır. Çalışmada yer almak sizin isteğinize bağlıdır. Sizlere 2 ay sürecek olan haftada 3 kez 45'er dakikalık oturumlar halinde Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE) verilecektir. Bu eğitim sonunda tekrar; Yaşam kalitesi Ölçeği, Toplumsal İşlevsellik Ölçeği ve Tedaviye Uyum Ölçeklerini içeren anket yeniden uygulanacak ve değerlendirilecektir. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve çalışma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir ancak çalışmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Sizde istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları çalıştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda çalışma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
<i>ADI & SOYADI</i>		
<i>TARİH</i>		



EK-2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

Bu çalışmada, Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki şizofreni tanılı hastaların aldıkları Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin (RUTBE) hastanın yaşam kalitesi, toplumsal işlevselliği ve tedaviye uyumuna etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Bu araştırmada size herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Gönüllülüğünüz esas alınarak araştırmanın ilk başında anket uygulaması yapılacaktır. Ankette; Bireysel Bilgi Formu, Yaşam Kalitesi Ölçeği, Toplumsal İşlevsellik Ölçeği ve Tedaviye Uyum Ölçeklerini doldurmanız istenecektir. Araştırmanın sonunda tekrar; Yaşam Kalitesi Ölçeği, Toplumsal İşlevsellik ve Tedaviye Uyum Ölçekleri uygulanacaktır. Araştırmada sizden istenen anket ve ölçekleri doğru olarak doldurmak sizin sorumluluklarınızdır. Araştırmada yer almak sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Sizde istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
<i>ADI & SOYADI</i>		
<i>TARİH</i>		



EK-3: Kişisel Bilgi Formu

Bu araştırma Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Bölümü'nde "**Toplum Ruh Sağlığı Merkezindeki Şizofreni Tanılı Hastalara Verilen Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitiminin (RUTBE) Yaşam Kalitesi, Toplumsal İşlevsellik ve Tedavi Uyumuna Etkisi**" konulu yüksek lisans tezinde kullanılmak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmanın sonuçları psikiyatri hemşireliğine katkısı açısından önem taşımaktadır. Araştırmaya katılanların isimleri hiçbir yerde yayımlanmayacak, sadece bilimsel araştırmalar yapmak için kullanılacaktır. Soruları atlamadan, tüm soruları cevaplamanız, içinizden geldiği gibi ve özellikle de doğru yanıtlar vermeniz araştırma için önemlidir. Ayrıca sizin belirtmek istediğiniz bilgiler var ise, lütfen son sayfaya yazınız.

İlginiz ve değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı
(Tez Danışmanı)

Aygül KANALICI

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Programı

1. Yaşınız:

2. Cinsiyet a) Kadın b) Erkek

3. Medeni Durumunuz:

a) Evli b) Bekar c) Boşanmış/Dul

4. Çocuk sayısı:

5. Eğitim Durumunuz:

a) Okur-Yazar b) İlköğretim c) Ortaöğretim d) Lise e) Üniversite

6. Çalışma Durumunuz:

a) Çalışmıyor b) Çalışıyor c) Emekli

7. Gelir Durumunuz: a) Gelir giderden az b) Gelir giderden eşit c) Gelir Giderden fazla

8. Hastalığın başlangıç yaşı :

9. Hastaneye yatış sayısı :

10. Sigara kullanımı: a) Yok b) Var

11. Alkol kullanımı : a) Yok b) Var

12. Madde kullanımı: a) Yok b) Var

13. Herhangi bir ek hastalık durumu:

a) Yok b) Var (.....)

14. Öz kıyım girişimi: a) Var b) Yok



EK-4: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF ÖLÇEĞİ)

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

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate alarak cevaplayınız.

SORULAR

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi, ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut Değil 1	Çok az Hoşnut 2	Ne hoşnut. nede değil 3	Epeyce Hoşnut 4	Çok Hoşnut 5
Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.						
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç 5	Çok az 4	Orta derecede 3	Çokça 2	Aşırı derecede 1
4	Günlük uğralarınızı yürütebilmek için herhangi tıbbi bir tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	Hiç 5	Çok az 4	Orta derecede 3	Çokça 2	Aşırı derecede 1
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son Derecede 5
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son Derecede 5
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Son derecede 5
Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı yada yapabildiğinizi soruşturmaktadır.						
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
12	İhtiyacınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5

13	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız oldu?	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Tamamen 5
Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi yada doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.						
15	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü 1	Biraz kötü 2	Ne iyi, ne kötü 3	Oldukça iyi 4	Çok iyi 5
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
20	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil 1	Çok az hoşnut 2	Ne hoşnut, nede değil 3	Epeyce hoşnut 4	Çok hoşnut 5
Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkla hissettiğinizi yada yaşadığınıza ilişkindir.						
26	Ne sıklıkla hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız	Hiçbir zaman 5	Nadiren 4	Ara sıra 3	Çoğunlukla 2	Her zaman 1
Aşağıdaki soru son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı yada yapabildiğinizi soruşturmaktadır.						
27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir	Hiç 1	Çok az 2	Orta derecede 3	Çokça 4	Aşırı derecede 5

EK-5: TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TİDÖ)

1. El-yüz yıkama sıklığınız nedir?
 Haftada 1 ya da daha az Haftada 3 – 5 kez Her gün
2. Diş fırçalama sıklığınız nedir?
 Haftada 1 ya da daha az 2-3 günde bir Günde en az 1 kez
3. Banyo yapma sıklığınız nedir?
 Ayda 1-2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Haftada 3 ya da daha fazla
4. Tırnak kesme sıklığınız nedir?
 Ayda 1-2 kez ya da daha az İki haftada bir Haftada 1 kez
5. İç çamaşırı değiştirme sıklığınız nedir?
 Haftada 1 ya da daha az 2-3 günde bir Hemen her gün
6. Çorap değiştirme sıklığınız nedir?
 Haftada 1 ya da daha az 2-3 günde bir Hemen her gün
7. (Kadınlar için) Cilt bakımı ve makyaj yapma, kaş ve bıyık alma sıklığınız nedir?
 Sadece özel günlerde 2- 3 ayda bir Haftada bir
(Erkekler için) Sakal tıraşı olma sıklığınız nedir?
 Haftada 1 ya da daha az Haftada 2-3 kez Her gün
8. Birlikte yaşadığınız kişilerle piknik, gezi, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?
 Hiç 2-3 ayda bir Ayda 1 – 2 kez
9. Birlikte yaşadığınız kişilerle duygu ya da sorunlarınızı paylaşıyor?
 Hiç paylaşmam Sorulduğunda paylaşıyorum Genellikle paylaşıyorum
10. Kafe/çay bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?
 Hiç 2-3 ayda bir Ayda birden fazla
11. Akrabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?
 Hiç yok 1– 3 kişi 4 ve üzeri
12. Arkadaşlarla birlikte piknik, konser, maç, sinema, vb. etkinlik yapma sıklığınız nedir?

- Hiç yapmam 2- 3 ayda bir Ayda en az 1 kez
13. Spor amaçlı etkinlik (halı saha maçı, tempolu yürüyüş) yapma sıklığınız nedir?
 2-3 ayda bir ya da daha az Ayda 1- 2 kez Haftada en az 1 kez
14. Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?
 Ayda 1- 2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Hemen her gün
15. Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?
 Ayda 1- 2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Hemen her gün
16. Toplu taşıma araçlarını ya da özel aracınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?
 Ayda 1- 2 kez ya da daha az Haftada 1-2 kez Hemen her gün
17. İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?
 Yapamam Yardımla yaparım Kendim yaparım
18. Gelirimize göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?
 Yapamam Yardımla yaparım Kendim yaparım
19. Çalışma durumunuz nedir?
 Çalışmıyorum Destekli çalışıyorum Düzenli bir işte çalışıyorum
(Öğrenci ise derslere katılma)
 Katılmıyorum Arada katılıyorum Düzenli katılıyorum
(Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)
 Yerine getiremiyorum Yardıma ihtiyaç duyuyorum Kendim yerine getiriyorum

EK-6: Modifiye Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği (MMTUÖ)

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

Evet Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?

Evet Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?

Evet Hayır

4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?

Evet Hayır


5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?

Evet Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?


Evet Hayır

EK-7:Ölçek İzinleri

 **Aygul Kanalici** [Redacted] 4 Ağustos Per 13:22 (6 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Hocam merhabalar. Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Aygül Kanalıcı. İzininiz olursa "TRSM deki şizofreni tanılı hastaların aldıkları rutbe eğitiminin yaşam kalitesi, tedavi uyumu ve iyileşme algısına etkisinin incelenmesi" adlı tez çalışmamda yaşam kalitesi ölçeğinizi kullanmak istiyorum. İyi günler dilerim. Saygılarımla...

2


 **Sultan Eser** Alici: ben ▾ 8 Ağustos Pzt 13:42 (2 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Sayın Kanalıcı


Bu iletinin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)-bref'in Türkçe sürümlerini, ölçekle ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planlamanız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanızın ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "[Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz](#)". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) sosyodemografik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize göndermeniz halinde kısa süre (en geç 5 gün) içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını: q1,q2,q3....q26, q27 biçiminde giriniz.

Başarılar dilerim.
Saygılarımla

ÖLÇEK İZİNİ Gelen Kutusu x ✕ 🖨️ 📧

 **Aygul Kanalici** [Redacted] 11 Ağustos Per 10:26 (3 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Hocam merhabalar. Gaziantep Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Aygül Kanalıcı. İzininiz olursa "TRSM deki şizofreni tanılı hastaların aldıkları rutbe eğitiminin yaşam kalitesi, tedavi uyumu ve iyileşme algısına etkisinin incelenmesi" adlı tez çalışmamda "Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeğinizi" kullanmak istiyorum. İyi günler dilerim. Saygılarımla...

 **mustafa yıldız** Alici: ben ▾ 11 Ağustos Per 11:27 (3 gün önce) ☆ ↶ ⋮

merhaba sevgili Aygül,


çalışmanızda toplumsal işlevselliği değerlendirme ölçeğini (TİDÖ) kullanabilirsiniz. çalışmanız yayınlandığında beni de haberdar edebilişeniz okumak isterim.

başarı dileklerle.

Mustafa YILDIZ, Kocaeli Üniversitesi

...

izin Gelen Kutusu x

 **Aynur.Bahar** Alici: ben ▾

Sayın

Bu konuyla ilgilenmeniz ve ölçeği kullanmak istemenizden duyduğum memnuniyeti bildirmek isterim. Ölçeği ve değerlendirmesi konusundaki bilgiyi ekte gönderiyorum. Ekte yer alan şekliyle kaynak göstererek bipolar (iki uçlu) bozukluğu olan hastalarda kullanmanızda hiçbir sakınca bulunmamaktadır. Çalışma sonuçlarınızdan haberdar ederseniz sevinirim.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

...

**EK-8: Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma Ve Uygulama Hastanesi
Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Kurum İzin Yazısı**

EVRAK TARIHI VE SAYISI: 05.01.2023-280741



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği

Sayı :E-91786782-020-280741
Konu :Çalışma İzin Talebi (Aygül KANALICI)

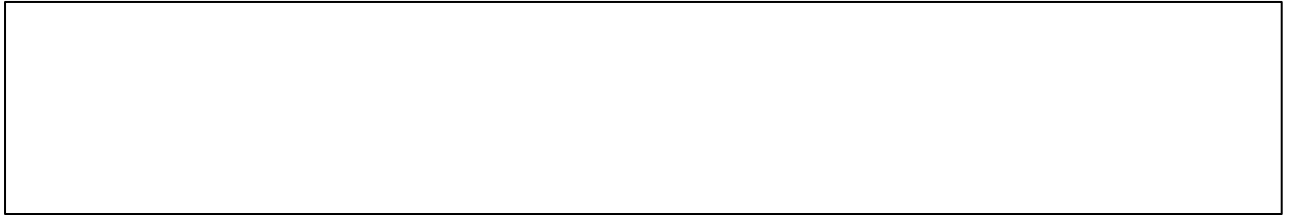
05.01.2023

ŞAHİNBEY ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 15.12.2022 tarihli, 272320 sayılı ve "Çalışma İzin Talebi (Aygül KANALICI)" konulu yazı

İlgili yazıya istinaden Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünün Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği tezli yüksek lisans programı öğrencisi Aygül KANALICI'nın Anabilim Dalımızda çalışma yapması uygun görülmüştür. Konu hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Gülçin ELBOĞA
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı



EK-9: Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerindeki şizofreni tanılı hastaların aldıkları ruhsal toplumsal beceri eğitiminin (RUTBE) hastanın yaşam kalitesi, toplumsal işlevselliği ve tedavi uyumuna etkisi	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	317	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/317	Tarih: 12.10.2022
	Sorumlu Araştırmacısı Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR olan "Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerindeki şizofreni tanılı hastaların aldıkları ruhsal toplumsal beceri eğitiminin (RUTBE) hastanın yaşam kalitesi, toplumsal işlevselliği ve tedavi uyumuna etkisi" başlıklı proje öneri dosyası ile ilgili belgeler incelenmiş olup, etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Yasemin ZER

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *
Prof.Dr.Yasemin ZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Muradiye NACAĞ	Tıbbi Farmakoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Seval KUL	Biyoistatistik	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Osman BAŞPINAR	Çocuk Kardiyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Maruf ŞANLI	Göğüs Cerrahi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Prof.Dr.Suzan TABUR	Endokrinoloji ve Metabolizma	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Beltinge DEMİRCİOĞLU KILIÇ	Çocuk Nefroloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR	Psikiyatri Hemşireliği	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr. İlhan BAHŞI	Anatomi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr.Fatih SARI	Protetik Diş Tedavisi	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Doç.Dr. Şengül ŞAHİN	Psikiyatri	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Dr.Öğr.Üyesi Burak YAMAN	Fizyoloji	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Uzm.Dr.Melih HANGÜL	Pediyatrik Göğüs Hastalıkları	Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Emine Aybiken YILDIRIM	Hukukçu	Gaziantep Barosu	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Zeki EKİNCİ	Şahinbey Belediye Başkan Yardımcısı	Şahinbey Belediyesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>

*Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı

Yasemin ZER

Etik Kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerindeki şizofreni tanılı hastaların aldıkları ruhsal toplumsal beceri eğitiminin (RUTBE) hastanın yaşam kalitesi, toplumsal işlevselliği ve tedavi uyumuna etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	317

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:			
	TELEFON			
	FAKS	-		
	E-POSTA			

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Nurgül ÖZDEMİR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1		<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2		<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3		<input type="checkbox"/>	
FAZ 4			<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması			<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması			<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları			<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma			<input checked="" type="checkbox"/>		
Diğer ise belirtiniz :					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	ŞİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:						

Etik Kurulu
Unvanı/A

EK-10: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Katılım Belgesi



EK-11: G-Power Güç Analizi

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:

Tail(s)	=	Two
Effect size d	=	1.0667417
α err prob	=	0.05
Power (1- β err prob)	=	0.95
Allocation ratio N2/N1	=	1

Output:

Noncentrality parameter δ	=	3.6953016
Critical t	=	2.0128956
Df	=	46
Sample size group 1	=	24
Sample size group 2	=	24
Total sample size	=	48
Actual power	=	0.9512548

EK-12: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi

Hazırlık oturumu: Bu ilk aşamada bireylerin birbirini tanınması, gruptaki kuralların açıklanması ve eğitimin içeriğinden bahsedilir. RUTBE eğitimiyle hastalıkları için önemli bir yol katetecekleri vurgulanır.

Tanışma: İlk olarak bireylere kendinizi tanıtmalı, hangi okullarda okuduğunuzu ve neler yapmaktan hoşlandıklarınız vurgulanır. Aynı şekilde hastaya da söz hakkı vererek kendini tanıtmaları istenir.

Eğitimin tanıtımı: Her bireye ruhsal toplumsal, beceri ve eğitim kelimelerinin ne anlama geldiğini sorarak onlarda uyandırdığı anlamları ifade etmeleri istenir ve bunlar tahtaya yazılır. Ardından tüm ifadelerin doğru olduğunu belirterek eğitimin amacı vurgulanır.

Grubun düzeni ve kuralları: Grupta siyasal ve dinsel tartışmaların olmaması gerektiği, herkesin kendisine ait bir görüşünün olduğu belirtilerek eğitimin hangi günlerde yapılacağına karar verilir. Ardından hastaların bu eğitimden beklentilerinin neler olduğu sorulur ve eğitimin amacının bir kez daha üzerinden geçilir.

1.Beceri alanı: İletişim becerilerini geliştirmek: Bu beceri alanıyla hastaların iletişimlerinin geliştirilmesi hedeflenir. Bireylere ilk olarak iletişimin ne olduğu, etkili iletişim için neler yapılması gerektiği, sözlü ve sözsüz iletişim öğeleri olduğu söylenir. Aynı zamanda hastalara sözlü ve sözsüz iletişim öğeleri sorulur ve cevapları tahtaya yazılır.

1.a.Etkili iletişim öğeleri: Saygıyla selamlaşmak, göz temasının kurulması, konuşmanın başlatılmasını sağlamak, etkili dinlemek, mesafeyi doğru olarak ayarlamak, düzgün bir görünümde olmak, duyguları söz, jest ve mimiklerle ortaya koymak

1.b.Rol oynama: Hastalarla önceden bir senaryo hazırlanır. Her hastaya durumuna göre farklı örnek vererek grupta rol oynaması istenir. Örneğin; uzun zamandır birbirini görmeyen iki arkadaşın karşılaşmasını oynamaları istenir. Ardından hastanın rol oynamadaki başarısı diğer hastalar tarafından değerlendirilir.

2.Beceri alanı: Duyguları tanıma ve ifade etme: Hastalar da görülen sorunlardan bir tanesi duygularını tanıma ve ifade etmede güçlük yaşamalarıdır. Yaşamları boyunca iletişimin gerekli olduğu ve bunun sağlanması içinde duyguların tanınması ve uygun duygusal tepkiler vermenin gerekli olduğu için bu beceri alanı önemlidir.

Hastalık etkisine bağılı olarak duyguları anlama ve yaşanan olaylara uygun tepkiler vermede bozulmalar yaşanabilir bu da yanlış anlama ve iletişim sorunlarına neden olur. Yaşanan bu sorunu ortadan kaldırmannın yolu duygular üzerinde yoğunlaşmak ve bunları dözgünce ifade edebilmek gereklidir. Hastalara hangi duyguları tanıdığı sorulur ve duygular temel ve diğer olarak ikiye ayrılır. Bu duyguları yüz ifadeleri ile taklit edilerek gösterilir ve hastalara da denetilir. Kullanılan ilaçlara bağılı olarak bazen abartılı duygusal tepki verebilirler bu da iletişim sıkıntısına neden olmaktadır. Bu durumda bireyler hastalıklarıyla ilgili içgörü geliştirip verdikleri tepkiler için iletişimde buldukları kişilere açıklamada bulunmaları sağlanır.

2.a. Deneyim paylaşımı: Hastalara hem kendi hem de başkalarıyla ilgili duygu tanıma ile ilgili yaşadıkları sorun var mı, duygularını ne kadar dışa vurabildikleri, duygularını ifade etmeye yardımcı kelimeler kullanıp kullanmadıkları gibi sorularla deneyimlerini ifade etmesi istenir.

2.b. Alıştırma: İki alıştırma yapılmaktadır. Bunlardan ilki; şu anda yaşadığı duyguyu tanımlaması istenir, duygularını açıklayıp açıklayamadığına bakılır, duygularını ne gibi durumların etkilediği gibi sorular yöneltip cevaplaması istenir. İkinci alıştırma ise insan ilişkilerini gösteren bir resim hastaya yöneltilir ve resimdeki duyguları tanımlaması ve ayrıntılı olarak üzerinde durması istenir. İlk olarak resimdeki renkler, ortamın özellikleri, yüz ifadesi sorgulanır ve betimlemesi istenir. Ardından bu resimdeki olayın ne olabileceği ve bu kişilerin kimler olacağı sorgulanır. Son olarak da bu resme fikir birliği ile ortak bir başlık konması istenir.

3. Beceri alanı: Sorun çözme becerilerini geliştirmek: Sorun çözme becerisi hastaların en çok zorluk yaşadığı kısımdır. Bu alanda seçenekli düşünme söz konusudur. Hastaların yaşadıkları sorunlarla baş edebilmeleri için seçenekli düşünmeleri ve kendileri için en uygun çözüm yolunu bulmayı öğrenmeleri gereklidir. İlk olarak hastalara sorun deyince ne anladıklarını sorup cevapları tahtaya yazılır. Hastalara günlük yaşantıda karşı karşıya kaldıkları sorunların neler olduğunu sorulur ve bu sorunlar karşısında nasıl yol izlediklerini çözmek için çaba gösterip göstermedikleri veya çözümleri başkalarına bırakıp bırakmadıkları ve bunun hastalar için uzun dönemde bir yararı olup olmadığı konuşulur.

3.a. Sorun çözme basamakları: Sorun çözme basamakları tahtaya yazılır ve hastaların bunları sık sık okuyup ezberlemesi istenir. Böylece hastaların herhangi bir sorunla karşılaştıklarında çözüm yollarını düşünmeleri alışkanlık haline gelecektir. Günlük

karşılaştıkları sorunları ortaya koyup sorun çözme basamaklarını kullanarak teker teker alıştırmaya yapılıır. 7 basamaklı adımda şunlar bulunur; ilk olarak sorun tanımlanır, ardından çözüm yolları araştırılır her bir çözümün yarar ve zarar olan kısımları düşünülür. 4.aşamada kişi kendine uygun olan bir ya da daha fazla çözüm seçer. Seçilen çözüm ya da çözümler için kaynaklara gereksinim olacaktır. Ardından hangi kaynaklara ulaşım ulaşamayacağına ve ulaştığı kaynağa göre çözüm önerisine karar verilir. Ardından belirlenen çözümü zamanla eyleme geçirilir. En son basamakta ise denenilen çözümün sonucu değerlendirilir. Bu deneyimle birlikte diğer sorun çözme basamaklarından yararlanır.

3.b. Alıştırma: Bu aşamada hastalara örnek olaylar verilir bu durumlar karşısında nasıl bir yol izleyeceği ile ilgili denemeler yapılır. Bu denemelerle hastaların böyle giderse günlük hayattaki engelleri de bu şekilde aşabileceği ifade edilir.

4. Beceri Alanı: Dikkat ve bellek sorunlarıyla baş etmek: Dikkat ve bellek problemleri yakınılan sorunlardan birisidir. Bireyler öğrenme kabiliyetlerinin önceki gibi olmadığını ifade ederler. Bu beceri alanında amaç bireylerin günlük hayatta yaşadıkları; dikkatini verememe, öğrenememe gibi alanlarda neler yapılması gerektiği ile ilgili konular üzerinde durulmaktadır. Hastalara bellekle ilgili bilgiler verilir belleğin; ikiye ayrıldığını, hastalığımızdan etkilendiğini, hangi alanlarda ortaya çıktığı ile ilgili bilgi verilir. Ardından belleği geliştirmek için örnek numaralar verilir tekrar etmeleri istenerek işlem belleği ile değerlendirme yapılır. Herkesin öğrenme hızının farklı olduğunu bol tekrar istemenin bir eksiklik olmadığını vurgulanır.

4.a. Deneyim paylaşımı: Hastaların dikkat ve bellek alanlarında yaşadıkları deneyimlerini söyleyerek onları düşünmeye teşvik edilir. Dikkatsizliğin sonucunda neler olduğu, unutkanlık olup olmadığı, bu sorunların ne zamandan beri olduğu ile ilgili ayrıntılı deneyim paylaşımı yapılır.

4.b. Alıştırma: Bu alandaki çalışma için tahtaya anlamlı bir cümle yazılır. Hastalara bu cümleyi okumaları söylenir ve ardından bakmadan bu cümleyi tekrar etmeleri istenir. Hasta tam hatırlayınca diğer hastaya geçilir. Eğer ilk okumada tam hatırlayamazsa tekrar okuması istenir. Gazeteden bir resim gösterilir ve ayrıntılı olarak bakmaları söylenir. Bu resimle ilgili gördüklerini, olayın ne olabileceği ve en son da bir başlık belirtilseydi ne olacağı ile ilgili pekiştirmeler yapılır.

5. Beceri alanı: Düşünce ve algı bozukluğunu öğrenmek: Bireylerin hastalığını anlaması ve anlatması zor bir durumdur. Bu beceri alanı hastalığın anlaşılması ve

tanımının yapılmasını sağlamaktadır. Hastalığın adının farklı bir şekilde adlandırılması istenmektedir. Hastaların doktorlardan duyduğu sık tanı psikoz olmuştur. Türkçedeki karşılığı çıldırı olarak bilinir. Bu aşamadan itibaren psikoz yerine çıldırı terimi kullanılmaktadır. Çıldırı kişinin gerçekte ilişkisinin koptuğu başkalarına ve yaşanan topluma yabancı düşünce, algı ve davranış bozukluklarıdır. Bu bozukluklarla yanlış düşünme, yanlış değerlendirme meydana gelirken birey başkaları tarafından garip olarak değerlendirilir. Buna bağlı olarak şizofreni artık düşünce ve algı bozukluğu olarak ifade edilir. Düşünce ve algı bozukluğu bireyi dış dünyadan koparıp kendi içine çekilmesine neden olur. Bireylerin hastalığa bağlı yaşadıkları problemlerin neler olduğunu paylaşması istendi ve tahtaya yazıldı böylece hastalığın belirtilerinin ortaya çıkması sağlanır.

Hastalıkla ilgili bir cin çarpması olmadığını, uzaylılarla ya da büyüyle ilgisi olmadığını tamamen bir beyin hastalığı olduğu vurgulanır. Doğru bilgileri öğrenmek tedavileri için önem arz etmektedir.

5.a. Deneyim paylaşımı: Gruptaki bireylerin hastalık hakkındaki düşünceleri sorgulanır. Gerçek hayatla hasta bireylerin düşünce ve algı bozukluklarının birbirlerinden nasıl farklı olduğu hastaların deneyimlerinden yola çıkarak anlatılır.

5.b. Rol oynama: Hastalar uzman rolünü ya da hemşire rolünü eğitmenin de hasta rolünü oynamaları sağlanır. Rol oynayacak hastanın hastalık belirtilerinden yola çıkarak senaryo oluşturulur. Hastalıkla ilgili sorular soruldu, belirtilerinin neler olduğu, uzun dönem tedavi ihtiyacı duyduğunu söylemelerini beklenir. En sonunda bireyin rol oynamasını, diğer hasta bireyler tarafından değerlendirmesini istenir.

5.c. Alıştırma: Gazeteden kesilen bir resimden her hastadan bu resmi betimlemesini, duygularını ifade etmesini ve ortak bir başlık koymasını istenir. Toplumsal algı çalışması için önemlilik taşımaktadır.

6. Beceri alanı: İlaç tedavisini öğrenmek: Bu alanda bireyler hastalıklarıyla ilgilenerken ilaç kullanmanın faydalarını öğreneceklerdir. Kullanılan ilaçlar antipsikotik olarak değerlendirilmektedir. Psikoz karşıtı anlamına gelen antipsikotik ilaçlar düşünce ve algı sapmalarını savuşturmaktadır. Psikoz kelimesinin Türkçe karşılığı çıldırı olarak ifade edilirken antipsikotik kelimesi çıldırısavar olarak nitelendirilmektedir. Kullanılan ilaçların çıldırı belirtilerini giderdiğini aynı zamanda konuşma, motor davranış, duygulanım ve uyku gibi bozulmaları da ortadan kaldırdığı ifade edilir. Düşünce ve algı

bozukluğunda kullanılan ilaçlar, aynı zamanda ilaçların yan etkileri için kullanılan ilaçlar ve ilaçların yararları tahtaya yazılır.

İlaç kullanmanın yararları

*Ses, görüntü ve bireylerin kendi kendine konuşmalarını giderir.

*Doğru olmayan inanç ve düşünceleri azaltır.

*Konuşmaların tutarlı olmasını sağlar.

*Uykuyu düzenler.

*Garip davranışları azaltır.

*Toplumsal olarak aktif olmayı artırır.

Hastaların deneyimlerini öğrenmek için ilaç ismini, ne kadar, ne zaman kullandığını, yan etkilerinin olup olmadığını, bir dozu kaçırınca ne yapması gerektiği ile ilgili sorular sorup bilgilendirme yapılır.

6.a. Rol oynama: Eğitmenin hasta rolünde, hastanın da uzman rolünde olması sağlanır. Eğitici hasta rolüne girerek elinde fazla ilaç olduğunu, iyi hissettiğinde bu ilaçları içmeyebileceği, daha ne kadar süre kullanması gerektiği ile ilgili sorular yöneltip hastaların bu soruları cevaplandırması istenir.

6.b. Ev ödevi: İlaç tedavisiyle ilgili danışabilecekleri doktor adı, telefon numarasını temin etmesi söylenir. Bir sonraki oturumda yazıp getirmesi istenir.

7. İlaç yan etkilerini öğrenmek: Sağlıklı olmaları ve tedavilerde etkin rol oynamak için kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilmesi istenir. Kullandıkları ilaçların istenmeyen etkileri de söz konusudur. Neredeyse tüm hastalar bir kısım yan etki sorunu yaşamış ve kendince çözümler bulmuştur. Bu konunun doktorlarıyla görüşülüp çözülmesi gereklidir.

7.a. Rol oynama: Eğitmen ilaç almaya yeni başlayan birini hasta ise deneyimli birini oynar. Eğitmen doktorun verdiği ilaçları kullandığında iştahta azalma, motor hareketlerde yavaşlama, unutkanlık gibi yan etkiler olduğunu söyleyip bu konuda yapılması gerekeni sorması, hastanın da uzman rolünde uygun cevap vermesi sağlanır.

Çıldırısavar ilaç yan etkileri ve yapılması gerekenler:

-**Uyku hali:** Gün için de yapılan dinlenmeler sorunu giderebilir.

-**İştah artışı:** Spor, diyeti düzenli yapmak, yağlı yemeklerden kaçınmak etkili olabilir. Eğer aşırı kilo alımı mevcut ise doktora danışılmalıdır.

-**Ağız\Boğaz kuruluğu:** Sıvı tüketimini az az yapmak gereklidir.

-**Salya gelmesi:** Doktora danışılmalıdır.

-**Kabızlık:** Bol su içerek ve egzersiz yaparak, kepekli ürün tüketimini arttırmak gerekir.

-**Baş dönmesi:** Düşük tansiyondan olabilir, oturur ve yatar konumdan hızlı olmadan kalkmak sorunu giderebilir.

-**Görme bulanıklığı:** Geçici olabilir, mutlaka doktora danışılır.

-**Titremeler:** Daha çok el ve bacaklarda görülür. Doktora haber verilmelidir.

7.b. Ev ödevi: Çıldırısavar ilaçların yan etkileri ve yapılması gerekenler tablosunun bir kopyası hastalara verildi ve aileleriyle paylaşmaları istenir.

Bunun sebebi hastanın fark edemediği yan etkileri ailenin fark etmesi ve etkili baş etmede ailenin yardımcı olması sağlanır.

8. Tedaviyi değerlendirmek: Hastalıkların uzun süreli olduğu için tedavide uzun bir seyir izlemekte bu yüzden tedaviyi değerlendirmeleri ve tedavilerinde dikkat edilmesi gereken noktaları bilmeleri önemlidir. Hastalara; ne zamandan beri doktora gittiğini, kaç kez hastaneye yattığını, ilaçları bırakınca ne gibi etkiler olduğu gibi sorular yöneltilir. Bu şekilde hastaların ilaçlarını neden kestiğini, tekrar hastaneye yatışların olduğu gibi deneyimleriyle karşılaşılacaktır. Hastaların iğne şeklinde ilaçları varsa yapılma tarihlerini kaydetmeleri gerektiğini vurgulanır. İlaçların saklama koşulları hakkında ve bir doz atlandığında ne yapılması gerektiği ile ilgili de bilgi verilmesi gereklidir.

8.a. Sorun çözme: Siz hasta rolünü, hastada uzman rolünü oynayacaktır. Hastaya ilaçları günde 2 kere aldığını, sabahki dozunu içtiğini fakat bir arkadaşında yatılı kalmaya gittiğinde ilaçlarını almayı unuttuğunu bu durumda ne yapması gerektiği ile ilgili sorular sorulur.

Alıştırma: Hastalara tedaviyi değerlendirme çizelgelerini doldurmaları istenir.

Ev ödevi: İlaç takvimini yapmaları istenip, ilacın ismi, dozu, saklandığı yer sorulur.

9. İnatçı belirtilerle baş etmeyi öğrenmek: Aldıkları tedaviye rağmen hastalar hala bazı problemler yaşayabilir. Bu geçmeyen sorunları öğrenmek ve üzerinde durmak iyileşmesine katkı sağlayacaktır. Tahtaya hastalığın belirtileri sıralanır, bu belirtilerin hangilerinin geçip geçmediği sorgulanır. Her şeye rağmen geçmeyen inatçı belirtilerle baş etme yöntemi bilmek zamanla belirtileri etkisiz hale getirir.

9.a. Deneyim paylaşımı: Her hastaya inatçı belirtilerin olup olmadığını ve varsa ne olduğunu anlatmaları istendi. İnatçı belirtileri olan hastalara onlarla baş etme yöntemleri önerilir.

İnatçı belirtilerle baş etmek için önerilen yöntemler; şarkı söylemek, bir süre uyumak, dinlenmek, geçeceğini düşünmek, sinemaya gitmek, gezintiye çıkmak, hobiler edinmek, egzersizler yapmak.

9.b. Rol oynama: Her hastaya kendisi ile ilgili inatçı belirtileri içeren uzman rolünü, eğitmenin de hasta rolünü oynaması sağlanır. Kulağına sürekli sesler geldiğini bunun için ne yapması gerektiği sorulur ve hastadan bu inatçı belirtilerle baş etme yöntemleri önermesi istenir.

9.c. Ev ödevi: Doktorlarıyla konuşup inatçı belirtileri için hangi baş etme yöntemini kullanmanın uygun olacağı sorulur ve bunu kâğıda yazıp diğer oturumda getirmeleri istenir.

10. Uyarıcı işaretleri tanımak ve izlemek: Şizofreni hastalığında bazen atak dönemleri görülebilir bu atak dönemleri öncesinde hastalığın gelmekte olduğunu gösteren uyarıcı işaretler olabilir. En çok görülen uyarıcı işaretler; sinirlilik, uyku sorunları, aşırı endişe, çökkünlük gibi sorunlardır. Atak öncesinde gelen uyarıcı işaretleri anlar anlamaz ekip üyeleri ile işbirliği kurmaları istenir.

10.a. Deneyim paylaşımı: Hastalara şimdiye kadar kaç kez hastalandıkları soruldu. Her atak öncesinde nasıl hissettiği ve neler yaşadığını, uyarıcı işaretler olduğunda daha önce ne gibi önlemler aldıkları sorulur.

10.b. Ev ödevi: Uyarıcı işaretleri bir hafta boyunca izlemelerini ve tedaviyi değerlendirme çizelgesini doldurmaları istenir. Daha sonraki oturumda size göstererek beraber yapmayı, bundan sonraki oturumlarda ise hastanın kendi kendine izleyerek sürdürmesi istenir.

Uyarıcı işaretler listesi; dikkatimi toplamakta zorlanıyorum, ilgim her şeye azaldı, kendimi aşırı stres ve sıkıntılı hissediyorum, çok sinirli ve gergin biriyim, kendimi karamsar ve çökkün biri olarak hissediyorum, uykum aşırı arttı, dini düşüncelere ilgim aşırı arttı, alıngan biri haline dönüştüm, her yerimin ağrıdığını hissediyorum, çevremi normalden farklı olarak algılamaya başladım.

Acil eylem planı: 4 adımla gerçekleştirilmektedir.

1. adım: Tedaviyi değerlendirme çizelgesindeki uyarıcı işaretleri aile üyeleri ile gözden geçirmeleri gerekir eğer belli bir uyarıcı işareti saptanmamışsa ikinci adıma geçilir.

2. adım: Kliniğe gitmenin gerekli olup olmadığını anlamak için doktorla görüşülür. Doktorun adı telefon numarası:.....

Eğer doktora ulaşılamazsa 3.adıma geçilir.

3. adım: Doğrudan bir psikiyatri polikliniğine gidilir ve acil değerlendirme istenir. Eğer bir polikliniğe ulaşılamazsa 4.adıma geçilir (60).

4. adım: Acil servise gidilir psikiyatrik yardım isteğiniz olduğu belirtilir.

11. Alkol ve maddeden kaçınmak: Tedavideki engellerden biri de alkol ve madde kullanmaktır. Bu beceri alanı hastaların alkol ve madde kullanımını engellemektir. Hastalar sıkıntıları için alkol aldıklarını ve bununla beraber rahatlamış olduğunu ifade edebilirler. Bu beceri alanında alkol ve madde kullanımının zararları üzerinde konuşulur. Böyle problemleri olan hastaların doktorları ile görüşmeleri istenir.

11.a. Deneyim paylaşımı: Hastalardan alkol ve madde ile ilgili yaşadıkları sorunları paylaşmaları istenir, anlatmak istemeyebilirler anlayışlı olunmalı ancak konuşulan konuların burada kalacağını söyleyerek rahatlamaları sağlanır.

11.b. Alkol ve madde kullanmaya ret yanıtı vermek: Karşıdaki bireyi incitmeden yapılan teklifi doğrudan reddetmeleri, tekrar söylerlerse tekrar reddetmeleri, ısrar ederlerse hasta olduğunu, ilaç kullandığını ifade ederek ret gerekçesini söylemeleri önerilir. Hala ısrar devam ediyorsa faydalı etkinliklere katılması söylenir. Bu durum sürerse tepkinin ifade edilmesi gerekir.

Ret basamakları tahtaya yazılır: Doğrudan reddetme, tekrar reddetme, neden göstererek reddetme, yararlı etkinlik önerisinde bulunma, kızgınlığı ifade ederek reddetme

Alkol ve madde kullanımını yerine yararlı etkinlik seçenekleri

-**Bedensel etkinlik yapmak** (yürüyüş yapın, yüzün, bilardo oynayın, bisiklete binin...)

-**Hoşa giden işlerle uğraşmak** (bahçeyle uğraşın, yemek yapın, evle ilgilenin....)

-**Arkadaşlarla beraber olmak** (tavla,satranç oynayın,gezi yapın, eve davet edin....)

-**Eğlenti etkinliklerine katılmak** (sinemaya gidin, müzik dinleyin, tv izleyin.....)

-**Gönüllü kuruluşlarına katılmak** (vakıflarda görev alın, dernek çalışmalarına katılın...)

12. Faydasız tedavi arayışlarından uzak durmak: Hastaların genel bir kısmı geleneksel tedavi girişimlerinde bulunmaktadır. Bu durumlar hem zaman hem de maddi kayıplara neden olmaktadır. Ailelerin başına ilk kez ve çok değişik bir durum geldiği için kendilerini çaresiz olarak hissetmektedir. Bu durum onları farklı tedavi arayışlarına yönlendirmektedir. Hastaların hayal ya da görüntü görmesi, ses duyması gibi gerçekte olmayan olayların etkisiyle cin, peri gibi doğaüstü varlıklara inanılması insanları bu tedavi arayışlarına itmektir. Faydasız tedavi arayışlarından uzak durmanın faydaları vurgulanır.

12.a. Deneyim paylaşımı: Her hastaya doktora gitmeden önce ya da tıbbi tedaviye başladıktan sonra geleneksel tedavi arayışında olup olmadığı sorulur.

12.b. Rol oynama: Hastalar deneyimli bir hasta yakınına eğitmen de onun bir arkadaşını oynar. Eğitmenin oğlu hasta olacak. Kahvede otururken ona hastanızdan bahsedeceksiniz. Doktordan fayda görmediğinizi acaba bir hocaya gitsek mi diye danışacaksınız. O da eğitmene böyle bir yoldan geçtiğini hiçbir faydasının olmadığını tek çarenin doktora gitmek olduğunu ifade edecek ve bu tür arayışlardan uzak kalmasının gerekliliği belirtecek.

13. Sıkıntıyla baş etmek: Günlük yaşantılarda sıkıntı çok rastlanan bir durumdur. Çözülmeyen sorunlar birikip sıkıntı oluştururlar. Bununla baş etmede ki yöntemler anlatılır (60).

13.a. Deneyim paylaşımı: Hastalardan günlük hayatta sıkıntıları ve verdikleri tepkileri paylaşmaları istenir.

13.b. Alıştırma: 2 kişi eşleşti. Birbirlerine son zamanlarda yaşadıkları sıkıntılara örnek verilir. Karşıdaki kişiden bu sıkıntı konusunda nasıl bir baş etme yöntemi geliştireceğini ifade etmesi istenir.

13.c. Ev ödevi: Hastalardan evde sıkıntı olacağını düşündüğü durumları yazmaları istenir. Aile üyeleriyle iş birliği yaparak bu durumu baskı olarak görüp görmediklerini ifade etmeleri söylenir.

14. Özgüveni arttırmak: Birçok hasta özgüven eksikliğinden hayıflanır. İlk olarak özgüven kelimesinin ne anlama geldiğini hastalara sorarak tanımı yapılır. Özgüvenle ilgili etmenler açıklanıp ve tahtaya yazılır.

14.a. Deneyim paylaşımı: Hastaların özgüvenlerinin nasıl olduğu ile ilgili konuşmalarını istenir.

14.b. Rol oynamak: Hastalar için uygun bir alan seçilir ve örnekler vererek rol oynaması istenir.

- **Şikâyet etmek:** Birisinin kapalı bir ortamda sigara içtiğini gördünüz ve rahatsız oldunuz. Ne yaparsınız?
- **Reddetmek:** Arkadaşınız sizden borç para istedi. Sizin de paranız az reddetmek istiyorsunuz. Ne yaparsınız?
- **Rica etmek:** Bir arkadaşınızdan pencereyi kapatmasını isteyin. Nasıl söylersiniz?
- **Şikâyete tepki göstermek:** Komşularınız radyoyu yüksek sesle dinlemenizden rahatsız oldu. Ne yaparsınız?
- **Hoşnutsuzluğu ve kızgınlığı ifade etmek:** Kardeşiniz eve geç geldi, merak ettiniz telefonla aradınız ama açmadı. Çok üzüldünüz. Kardeşinize ve geldiğinde kızgınlığınızı nasıl ifade edersiniz?

14.c. Ev ödevi: Hastalara kısa ve uzun vadeli hedefleri sorulur. Gerçekleşme olasılığını yüzde olarak ifade etmeleri istenir. Gerçekleşme olasılığı olmayan hedefler yazılmaması isteir.

15. Günlük yaşam etkinlikleri: Hastalar günlerinin boşa geçtiğini sanki boşluktaymış gibi hissederler. Bu beceri alanında günlerini verimli geçirmeleri istenir. Hastalardan bir günlerini 8'er saat olmak üzere üçe bölmeleri istenir. İlk 8 saatte doğal ve zorunlu olan uyku olduğunu, sonraki 8 saatte iş, okul gibi zorunlu çalışmalar olduğunu ve son 8 saatte ise bireylerin ilgi alanlarını içeren, öz bakım, eğlence gibi durumlar olduğu belirtilir.

15.a. Deneyim paylaşımı: Hastalara bir günlerini nasıl geçirdiklerini ve ne tür etkinlikler yaptığı sorulur, hareketsiz yaşamın sağlıksız bir bedene neden olduğunu belirtilir. Her günün bir amacının olması gerektiği ve bu doğrultuda gitmenin önemi vurgulanır.

15.b. Ev ödevi: Günlük Yaşam Etkinliği çizelgesini doldurmaları istenir. Her oturumdan önce doldurmaları gerektiği belirtilir, etkinlik yapma oranı arttıkça olumlu geri bildirimler verilir.

16. Arkadaşlık ilişkilerini geliştirmek: Hastaların en önemli sıkıntılarında biri arkadaşlarının olmamasıdır. Bozulan iletişim eksikliğinden dolayı çevrelerinden kopmuş ve arkadaş oranları azalmıştır. Bu beceri alanında arkadaş edinme ve arkadaşlığı sürdürme becerileri geliştirilmeleri sağlanmalıdır.

16.a. Deneyim paylaşımı: Hastaların yaşadıkları arkadaşlık deneyimlerini, arkadaşlıklarını nasıl yürüttüğünü paylaşmaları istenir. Arkadaş edinmekte zorlanma nedenleri sorulur, bu sorunlara çözüm önerileri geliştirmesi istenir. Bu çözüm önerileri arasında; olumlu duyguların ifade edilmesi, ortak ilgi alanlarının bulunması gibi yollar olmalıdır.

16.b. Alıştırma: Her hastaya hoşlandıkları durumla karşılaştıkları zaman hissettikleri olumlu duyguların neler olduğu sorulur. Ardından gruptaki bir üyeyle eşleşerek ona şimdiye kadar gördüğü hoşuna giden davranışlarının ne olduğunu ve bunun kendisinde uyandırdığı hoş duyguları söylemesi istenir.

16.c. Ev ödevi: Her hastadan eski bir arkadaşını araması, telefon numarasını istemesi ve mümkünse görüşülerek arkadaşlık ilişkilerini geliştirmesi istenir. Daha sonra diğer oturumda gelip anlatmaları istenir.

17. Toplumsal etkinliklere katılmak: Günlük yaşam etkinliklerinde 8'er saate bölünen alanın son kümesinde egzersiz, spor, hobi, eğlence gibi bireyin etkinlikler geliştirmesini sağlayan beceri alanıdır. Hastaların katılabilecekleri onlara uygun olan etkinlikler sıralandı ve bu etkinliklere katılmanın bireye sağladığı yararların ne olduğundan bahsedilir.

17.a. Deneyim paylaşımı: Hastaların varsa arkadaşlarıyla yaptığı eğlence ya da toplumsal etkinlikleri hayatlarından örnek vererek anlatmaları istenir.

17.b. Rol oynama: Hastalar etkinlik konusunda tecrübeli birini, eğitmen ise bu konuda danışmak isteyen birini oynar. Senaryo iletişim becerileri göz önünde bulundurularak gerçekleştirilir.

Son oturum

Bir veda partisi yapıp, ikramların hazır olduğu, doktorların, hemşirelerin katıldığı oturum düzenlenir. Hastalara beceri alanlarıyla ilgili temel bilgiler sorulup tekrar edilir. Ardından her hastaya eğitime katıldıkları için teşekkür edilir ve başarı belgeleri takdim edilir (60).

EK-13: Şizofrenide Belirti Giderici İlaçlar

Belirti giderici ilaçlar		Yan etkiler için ilaçlar	Yardımcı ilaçlar
norodol	largactil	Akineton	Lithuril
Prolixin	lidanil	Sormodren	Depakin
Fluanxol	clopixol	Diazem	Tegretol
Solian	rexapin	Xanax	Anafranil
Risperdal	risperdal cons	Rivotril	Prozac
Zeldox	seroquel xr	Tranxilene	Lustral
Leponex	abilify	Dideral	Cipram
Xeplion	invega	Benadryl	Efexor
Seroquel	serdolect		Remeron

EK-14: RUTBE`de Tedaviyi Değerlendirme izelgesi ve İlaç Takvimi

İsim :.....		Tarih: .../.../....																		
İlaçların Alındığı Doz		Alınan Saat										İlacın Korunduğu Yer								
Günler		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	.	.	.		
İlaçları	Aldım																			
Uyku	Olağan																			
	Yetersiz																			
	Aşırı																			
İştah	Az																			
	ok																			
	Olağan																			
Dikkat	Olağan																			
	Azalmış																			
	Kötü																			
Canlılık	İyi																			
	Uyuşuk																			
	Yorgun																			
Yan etkiler																				
Uyarıcı işaretler																				

EK-15: RUTBE Uygulamasında Kısa ve Uzun Vadeli Hedefler

Kısa Vadeli (İlk 6 ay) Hedeflerim	Gerçekleşme Olasılığı (yüzde)
.....
.....
Uzun Vadeli (6 ay sonra) Hedeflerim	Gerçekleşme Olasılığı(yüzde)
.....
.....

EK-16: RUTBE Uygulamasında Günlük Yaşam Etkinlikleri Çizelgesi

Günler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
El yüz yıkama																												
Tıraş olma																												
Kahvaltı yapmak																												
Öğle yemeği yemek																												
Akşam yemeği yemek																												
Diş fırçalamak																												
Tırnak kesmek																												
Banyo yapmak																												
Ev İşleri																												
Yemek yapmak																												
Bulaşık yıkamak																												
Temizlik yapmak																												
Bahçe işleri																												
Ütü yapmak																												
Odasını toparlamak																												
Etkinlikler																												
Alışveriş yapmak																												
Elişi yapmak																												
Gazete okumak																												

BAŞARI BELGESİ

.....

RUHSAL TOPLUMSAL BECERİ EĞİTİM PROGRAMINI

Başarıyla tamamlamıştır.

Program Yöneticisi
AYGÜL KANALICI

ÖZGEÇMİŞ

	İlkokul ve lise eğitimini Gaziantep`te	
bulunan		Lisesinde
tamamladı.		
Bölümü`nde eğitim görerek üniversiteyi birincilikle bitirdi.		
	Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans	
Programına başladı		



