

T.C.
SA LIK BAKANLI I
TÜRK YE KAMU HASTANELER KURUMU
BAKIRKÖY BÖLGES STANBUL L KAMU HASTANELER B RL
GENEL SEKRETERL BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH
SA LI I VE S N R HASTALIKLARI E T M VE ARA TIRMA HASTANES
PS K YATR KL N

**TOPLUM RUH SA LI I MERKEZ NDE ZOFREN
HASTALARINA PS KOSOSYAL BECER E T M
UYGULANMASI VE SONUÇLARI**

Dr. Lütfiye SÖ ÜTLÜ

TIPTA UZMANLIK TEZ

Tez Danı manı: Prof. Dr. akir ÖZEN
Uz. Dr. Cenk VARLIK

STANBUL - 2014

T.C.
SA LIK BAKANLI I
TÜRK YE KAMU HASTANELER KURUMU
BAKIRKÖY BÖLGES STANBUL L KAMU HASTANELER B RL
GENEL SEKRETERL BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH
SA LI I VE S N R HASTALIKLARI E T M VE ARA TIRMA HASTANES
PS K YATR KL N

**TOPLUM RUH SA LI I MERKEZ NDE ZOFREN
HASTALARINA PS KOSOSYAL BECER E T M
UYGULANMASI VE SONUÇLARI**

Dr. Lütfiye SÖ ÜTLÜ

TIPTA UZMANLIK TEZ

Tez Danı manı: Prof. Dr. akir ÖZEN
Uz. Dr. Cenk VARLIK

STANBUL - 2014

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

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. LÜTFİYE SÖĞÜTLÜ

UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE ŞİZOFRENİ HASTALARINA PSİKOSOSYAL BECERİ EĞİTİM UYGULANMASI VE SONUÇLARI

1-Sayfa Sayısı: : 79
2-Tablo Sayısı : 21
3-Şekil Sayısı: : 7
4-İstatistik Sayısı: : 3
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu : 129, BAŞARILI
6-Yazı Tertibi : BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet : BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu : BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı : ORJİNAL

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Üye
Prof. Dr. Şakir ÖZEN
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü
Eğitim Görevlisi
Sicil No: 62482

Üye
Uz. Dr. Nezihe ERADAMLAR
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt. ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü
Eğitim Görevlisi
Sicil No: 18747

Üye
Doç. Dr. Umut Mert AKSOY
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Başasistanı
Sicil No: 90618

ONAY
2014
Doç. Dr. Murat ERKİRAN
Başhekim

I. ÖNSÖZ

Asistanlık e itimim sırasında ve tez a amasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen klinik efim ve tez danı manım, kıymetli hocam Prof. Dr. akir ÖZEN'e,

Asistanlık e itimimin ba ında mesleki ve sosyal hayata dair çok ey ö rendi im ilk efim Uzm. Dr. Nezih ERADAMLAR'a ve klinik tecrübesi ile kendisinden çok ey ö rendi im ikinci efim Doç. Dr. Güliz ÖZGEN'e,

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandı ım Uzm. Dr. Nihat ALPAY, Doç. Dr. E. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Defne TAMAR GÜROL, Doç. Dr. Baki ARPACI, Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Uzm. Dr. Semra YALÇINKAYA, Uz. Dr. Ceyda GÜVENÇ, Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN'a,

Birlikte çalı ma fırsatı buldu um çok de erli insan Uzm. Dr. Hikmet DADALI'ya,

Tüm asistanlık sürecinde yanımda olan sevgili arkada ım Özlem KARAARSLAN KABAHASANO LU'na,

Berber çalı tı ımız tüm hastanemiz uzmanlarına ve tüm asistan arkada larıma 6. psikiyatri birimi hem ire ekibine, yardımcı sa lık personelimize, tıbbi sekreterimize, tez hazırlama sürecinde yardımlarından dolayı Küçükçekmece Toplum Ruh Sa lı ı Merkez'i sevgili çalı anlarına,

Tüm hayatım boyunca yanımda olan ve varlıklarını hep hissetti im canım aileme Hayatıma girdi i günden beri hayatımı zenginle tiren, deste ini hiç esirgemeyen, sevgisiyle beni besleyen e im Dr. Yakup SÖ ÜTLÜ'ye,

Burada isimlerini sayamadı ım tüm manevi yol gösterici ve büyüklerime sonsuz te ekürler ederim...

Dr. Lütfiye SÖ ÜTLÜ
istanbul 2014

II. Ç NDEK LER

	<u>Sayfa No</u>
I. ÖNSÖZ	I
II. Ç NDEK LER	II
III. ÖZET	IV
IV. ABSTRACT	V
V. KISALTMALAR	VI
VI. TABLO L STES	VII
VII. EK L L STES	VIII
1. G R VE AMAÇ	1
2. GENEL B LG LER	4
2.1. ZOFREN	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.1.4. Etiyoloji	7
2.1.4.1. Genetik Etkenler	7
2.1.4.2. Nörogeli imsel De i iklikler.....	8
2.1.4.3. Biyokimyasal De i iklikler	9
2.1.4.4. Beyin Görüntüleme Bulguları	10
2.1.4.5. Çevresel Faktörler	11
2.1.5. Tanı	13
2.1.5.1. DSM-IV TR izofreni Tanı Ölçütleri	13
2.1.5.2. izofrenide Alt Tipler.....	15
2.1.6. Klinik Özellikler	17
2.1.7. Gidi ve Sonlanım.....	18

2.1.8. Tedavi	20
2.1.8.1. Farmakolojik Tedavi	21
2.1.8.2. Elektrokonvulzif terapi (EKT)	22
2.1.8.3. Psikososyal Tedaviler	23
2.1.9. İzofreni ve Psikososyal Beceri E ğitimi	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. ÖRNEKLEM VE YÖNTEM	29
3.1.1. Ara tırmaya Alınma Kriterleri	31
3.1.2. Dı lama Ölçütleri:	32
3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	32
4. BULGULAR	36
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNDE ERLENDİRİLMESİ	36
4.2. HASTALIK ALIŞVERİLERİNDE ERLENDİRİLMESİ :	40
4.3. ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLARINDE ERLENDİRİLMESİ :	41
5. TARTIŞMA	51
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	59
7. KAYNAKLAR	61
8. EKLER	72
EK 1 - ETİK KURUL ONAYI	72
EK 2 – POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ	73
EK 3 - SOSYAL İZOLELİK ÖLÇEĞİ	74
EK 4- YAŞAMIN TELLİ ÖLÇEĞİ	80
EK 5- LAÇ TEDAVİSİNE UYUMSUZLUĞUNDE ERLENDİRİME ÖLÇEĞİ	81
EK 6- ÇİĞÖRÜNÜN ÜÇBİLE ENİNDE ERLENDİRİME ÖLÇEĞİ	82
EK 7- CALGARY İZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ	83
EK 8- SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	86
EK 9- ÖN TEST / SON TEST	89

III. ÖZET

TOPLUM RUH SA LI I MERKEZ NDE ZOFREN HASTALARINA PS KOSOSYAL BECER E T M UYGULANMASI VE SONUÇLARI

Dr. Lütfiye SÖ ÜTLÜ

AMAÇ: laçlar ilk seçenek olmakla birlikte, izofreni tedavisinde tek ba ına yetersiz kalmaktadır. Psikososyal Beceri E itiminin (PSBE) temel amacı; hastaların sosyal yetersizliklerini iyile tirerek, kazandırılan yetilerin sürdürümünü sa lamaktır. Bu çalı mada, PSBE programının Toplum Ruh Sa lı ı Merkezi tarafından tedavisi ve takibi yapılan bir grup hastada uygulanması ve sa ladı ı yararların kontrol grubu kullanılarak test edilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sa lı ı ve Sinir Hastalıkları E itim ve Ara tırma Hastanesi'ne ba lı olarak hizmet veren Küçükçekmece Toplum Ruh Sa lı ı Merkezi'nde düzenli olarak ayaktan tedavi gören, çalı ma kriterlerine uyan 30 çalı ma grubu ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hasta çalı maya dahil edilmi tir. PSBE verilen çalı ma grubu hastaları 3 gruba ayrılarak; e itim haftada bir kez kırk be er dakikalık iki seans olarak 18 oturumda verilmi ve yakla ık 5 ayda tamamlanmı tır. Test bataryası ara tırmacı tarafından e itim ba langıç ve bitiminde çalı ma ve kontrol grubuna uygulanmı tır. Test bataryası kapsamında hastalara Ön Test/Son Test, Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçe i (PANSS), Calgary izofrenide Depresyon Ölçe i (C SÖ), çgörünün Üç Bile enini De erlendirme Ölçe i (ÜBDÖ), Psikotik Bozuklu u Olan Hastalarda laç Tedavisine Uyumsuzlu u De erlendirme Ölçe i (TUDÖ), izofreni Hastaları Ya am Niteli i Ölçe i(SHYNÖ) ve Sosyal levsellik Ölçe i (S Ö) uygulanmı tır.

BULGULAR: PSBE ba langıç ve bitiminde iki grubun ölçek puanları kıyaslandı ında; PANSS ölçe i pozitif belirtiler alt ölçe i puanında anlamlı fark saptanmamı tır. PANSS ölçe i negatif belirtiler alt ölçe i, genel psikopatoloji alt ölçe i ve PANSS toplam puanında belirgin dü me bulunmu tur. Çalı ma grubunda C DÖ, ÜBDÖ, TUDÖ, SHYNÖ, S Ö, ön test/son test puanları e itim sonrasında anlamlı derecede düzelmi tir.

SONUÇ: Rutin poliklinik takibi yapılan izofreni hastalarının tedavisine PSBE eklenmesi hastaların psikopatolojilerinde, depresyon düzeylerinde, içgörülerinde, ilaç uyumlarında, ya am kalitelerinde ve i levselliklerinde belirgin düzelmeye yol açmı tır.

Anahtar Kelimeler: izofreni, Psikososyal Beceri E itimi, Depresyon, çgörü, laç Uyumu, Ya am Kalitesi, levsellik

leti im Adresi: lutfiyeulgel@hotmail.com

IV. ABSTRACT

PSYCHO-SOCIAL SKILL TRAINING APPLICATION TO SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN PUBLIC MENTAL HEALTH CENTER AND RESULTS

Dr. Lütfiye SÖ ÜTLÜ

AIM: Although the first choice is drugs for the treatment of schizophrenia, only drugs are insufficient that treat schizophrenia. The main purpose of Psychosocial Skills Training (PST); ensure the referred abilities permanenced by improving the patients social incompetence. In this study, the PST program by the Community Mental Health Center, a group of patients with treatment and follow-up implementation and testing of a control group of benefits was carried out.

METHOD: 60 patients who met the study criteria in the study receiving regular outpatient treatment in Küçükçekmece Public Mental Health Center which is a sub-branch of Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Mental Health and Nerve System Diseases Training and Research Hospital were included in the study. 30 patients were the study group and 30 patients were the control group. The PST group was divided into 3 groups and the training was given as 2 sessions consisting of five minutes, in total 18 sessions, and was completed in approximately 5 months. After the consents of the patients were received, the test battery study was applied to the control group by the researcher at the beginning and at the end of the study. In the test battery, the following tests were applied to the patients: Pre-Test/End Test, Socio Demographic Data Form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Calgary Schizophrenia Depression Scale (CSDS), Schedule for Assessing the Three Components of Insight (SATCI), in Patients with Psychotic Disorders Drug Treatment Compliance Rating Scale (DTCRS), Quality of Life Scale for Schizophrenia Patients (QLSSP), Social Functionality Scale (SFS).

RESULTS: When compared two groups the beginning and at the end of the study, considerable decrease has been observed in negative symptoms sub-scale, general psycho-pathology sub-scale and PANSS total points. In the study group, the CSDS, SATCI, DTCRS, QLSSP, SFS and pre test/end test points have been ameliorated meaningfully after the training.

CONCLUSION: Adding PSBE to the treatment of schizophrenia patients whose routine polyclinic follow-up activities are performed regularly has caused considerable improvement in psycho-pathologies, depression levels, insight, medication agreements, life qualities and functionalities of the patients.

Key Words: Schizophrenia, Psychosocial Skills Training, Depression, Insight, Medication Agreement, Life Quality, Functionality.

Correspondence: lutfiyeulgeli@hotmail.com

V. KISALTMALAR

APA	: American Psychiatry Association
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
COMT	: Katekol-O-Metil Transferaz
C DÖ	: Calgary izofrenide Depresyon Ölçe i
DSM-IV-TR	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 4, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV, Text Revision)
EKT	: Elektro Konvülsiv Tedavi
EPS	: Ekstrapiramidal Sistem
GABA	: Gamma aminobütirik asit
ICD-10	: Hastalıklar ve Sağlık Problemlerinin Uluslararası istatistiksel Sınıflaması 10. Revizyonu
TUDÖ	: ilaç Tedavisine Uyumsuzluğu De erlendirme Ölçe i
ÜBDÖ	: çgörünün Üç Bile enini De erlendirme Ölçe i
KPDÖ	: Kısa Psikiyatrik De erlendirme Ölçe i
NMDA	: N-metil-D-aspartik asit
PANSS	: Postive and Negative Syndromes Scale
PAREM	: Psikiyatrik Ara tırmalar ve E itim Derne i
PSBE	: Psikososyal Beceri E itimi
SD	: Standart Sapma
SHYNÖ	: izofreni Hastaları için Ya am Niteli i Ölçe i
S Ö	: Sosyal levsellik Ölçe i
SPSS	: Statistical Program for Social Sciences
TAP	: Tipik Antipsikotik
TÜ K	: Türkiye istatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

VI. TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: izofrenide Ayırıcı Tanı	16
Tablo 2: izofrenide iyi ve kötü prognostik faktörler.....	20
Tablo 3: Çalışma ve kontrol grubunun yaş aralığı ve yaş ortalamaları	36
Tablo 4: Çalışma ve kontrol grubunun cinsiyet dağılımı.....	36
Tablo 5: Çalışma ve kontrol grubunun medeni durumlarının dağılımı	37
Tablo 6: Çalışma ve kontrol grubunun eğitim durumlarının dağılımı.....	37
Tablo 7: Çalışma ve kontrol grubunun askerlik durumlarının dağılımı	37
Tablo 8: Çalışma ve kontrol grubunun mesleki ve çalışma durumunun dağılımı	38
Tablo 9: Çalışma ve kontrol grubunun sosyal güvence durumu ve türünün dağılımı ...	38
Tablo 10: Çalışma ve kontrol grubunun aylık gelir düzeyinin dağılımı	38
Tablo 11: Çalışma ve kontrol grubunun göç öyküsünün dağılımı.....	39
Tablo 12: Çalışma ve kontrol grubunun beraber yaşadıkları kişiler dağılımı.....	39
Tablo 13: Çalışma ve kontrol grubunun hastane yatışları ve ilaç kullanımının dağılımı	40
Tablo 14: Çalışma ve kontrol grubunun intihar öyküsü dağılımı	40
Tablo 15: Çalışma ve kontrol grubu PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan PANNS** ölçe sonuçları karşılaştırması	42
Tablo 16: Çalışma ve kontrol grubu PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan C DÖ** sonuçları karşılaştırması	43
Tablo 17: Çalışma ve kontrol grubu PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan ÜBDÖ** sonuçları karşılaştırması	44
Tablo 18: Çalışma ve kontrol grubu PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan TUDÖ** sonuçları karşılaştırması	45
Tablo 19: Çalışma ve kontrol grubu PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan SHYNÖ** sonuçları karşılaştırması	47
Tablo 20: Çalışma ve kontrol grubu PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan SÖ** sonuçları karşılaştırması	48
Tablo 21: Çalışma ve kontrol grubu PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan Ön Test/Son Test sonuçları karşılaştırması	49

VII. EK L L STES

Sayfa No

ekil 1: Çalı ma ve Kontrol Grubu PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan PANNNS ölçe i sonuçlarının kar ıla tırması	43
ekil 2: Çalı ma ve kontrol grubu PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan C DÖ sonuçları kar ıla tırması	44
ekil 3: Çalı ma ve kontrol grubu PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan ÜBDÖ sonuçları kar ıla tırması	45
ekil 4: Çalı ma ve kontrol grubu PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan TUDÖ sonuçları kar ıla tırması	46
ekil 5: Çalı ma ve kontrol grubu PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan SHYNÖ sonuçları kar ıla tırması	47
ekil 6: Çalı ma ve kontrol grubu PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan S Ö sonuçları kar ıla tırması	49
ekil 7: Çalı ma ve kontrol grubu PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan Ön Test/Son Test sonuçları kar ıla tırması	50

1. G R VE AMAÇ

izofreni sıklıkla adölesan ya da erken eri kinlik döneminde ortaya çıkan, genellikle ömür boyu süren, yüksek morbidite ve mortalite riski taşıyan kronik seyirli bir hastalıktır. Sanrı ve varsanı gibi pozitif belirtiler; duygulanımda küntleme, sosyal içe çekilme, konu ma miktarında azalma ve dü ünçe içeri inde fakirleme gibi negatif belirtiler; dikkatte, bellekte, yürütücü i levlerde bozulma gibi bili sel belirtilerle giden; duygu, dü ünçe, algılama ve davranı ı etkileyen; farklı klinik tablolarla ortaya çıkabilen çok etkenli bir hastalıktır (1).

izofreni tedavisinde, de i ik psikofarmakolojik ve psikososyal tedavi olanaklarını göz önünde bulunduran bütüncül bir yakla ım benimsenmelidir. Farmakolojik tedavi ilk seçenek olsa da izofreni hastalarının toplumsal i levsellik kazanmasında sınırlı kalmaktadır. Antipsikotik ilaçlara iyi yanıt veren hastalarda bile toplumsal ilikilerde kısıtlılık, ya am kalitesinde belirgin bozulma, rezidüel belirtiler, i kaybı ya da i veriminde dü me ciddi problemler arasındadır (2, 3).

Balarda psikososyal iyilemenin antipsikotik tedaviye e lik edeceği dü ünülmü tür ama yapılan çalı malar yeni ilaç kullanımına kar ın önemli ölçüde psikososyal alanlardaki iyile mede sıkıntı oldu unu göstermiştir. Green'in 1996 yılında yaptı ı bir çalı mada pozitif psikotik belirtilerin de il bili sel disfonksiyonun psikososyal bozulma ile ili kili oldu unu göstermiştir ve bu durum izofrenide bili sel disfonksiyona odaklanmayı arttırmı tır (4).

izofreni hastalı ı olan ki iler geni bir aralıkta bili sel bozulmalar ile prezente olurlar ve bu durumun hastalı ın temelinde yer aldı ı dü ünülmektedir (5).

izofrenideki bili sel de i iklerin ayırt edici bir fenomenolojisi hastalık seyri ve farmakolojisi oldu undan bu bili sel boyutu en azından kısmen psikotik boyutundan ba ımsız gibi görünmektedir ve i lev bozuklu unun bu yönü psikososyal düzelmeyi etkiledi inden önemli bir terapötik hedefdir.

PSBE'nin amacı hem hastalığın prognozunu olumlu yönde etkilemek hem de uzun soluklu olan bu tedavide hastanın hastalık ve süreci ile ilgili sorumlulukları başkalarına bırakmak yerine kendi üstlenerek bireysel etkinlik kazanmalarını sağlamaktır.

Bu eğitimler ile tedavinin niteliği artırılmakta, hastalara hastalık ve hastalığın getirdiği zorluklarla baş etme yöntemlerini öğrenmeleri için fırsat sunulmaktadır. Eğitimler sayesinde hastaların bu yöntemleri birer beceri haline getirip günlük hayatta kullanabilmeleri hedeflenmektedir.

Hastalığın alevlenme ve yinelenmelerinin önlenmesinde ya da azaltılmasında, hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında eğitim programlarının etkinliği birçok çalışmayla gösterilmiştir. Bu çalışmalarda önemli sonuçlar elde edilmiş, zizofreni tedavisinde bütüncül bir yaklaşım sergilenmesinin ve farmakolojik tedavinin desteklenmesinin önemi vurgulanmıştır (6, 7, 8).

Çalışmamızda kullanılan PSBE oturumları Robert Paul Liberman tarafından geliştirilmiş olan Sosyal ve Bağımsız Yaşam Becerileri (Social and Independent Living Skills) programından ilaç Tedavisi Yaklaşımı (Medication Management), Belirtilerle Baş etme (Symptom Management) ve Zevk-verici Etkinlikler (Recreation for Leisure) modülleri (8, 9, 10) temel alınarak Yıldız (2001) tarafından hazırlanmış ve PAREM (Psikiyatrik Araştırmalar ve Eğitim Derneği) tarafından yayımlanmış uygulama klavuzu temel alınarak hazırlanmıştır (11).

Bu çalışmada; aynı ortamda tedavisini sürdüren, tanıları, hastalıklarının klinik özellikleri benzer olan iki grup oluşturulması ve bu gruplardan biri olan çalışmamız grubunun rutin tedavilerine ek olarak PSBE'nin uygulanması ve eğitimle hedeflenen alanların hangilerinde düzelme olduğunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası test bataryası sonuçları karşılaştırılarak verilen eğitimin; hastaların pozitif ve negatif semptomlarının düzeyleri, depresyon düzeyleri, yaşam kalitelerindeki değişiklikler, içgörü ve tedavi uyumlarındaki değişiklikler, sosyal işlevsellik durumları ve eğitim başarıları üzerine ne kadar etkili olduğunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalı mamıza Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sa lı ı ve Sinir Hastalıkları E itim ve Ara tırma Hastanesi'ne ba lı olarak hizmet veren Küçükçekmece Toplum Ruh Sa lı ı Merkezi'nde düzenli olarak ayaktan tedavi gören, PSBE e itimi verilen 30 hasta (çalı ma grubu) ve e itim verilmeyen 30 hasta (kontrol grubu) olmak üzere toplam 60 hastanın çalı maya dahil edilmesi planlanmı tır. Çalı ma grubu 3 gruba ayrılmı ve haftada 1 kez 45 dakikalık 2 seanstan olu an 18 oturumluk e itimin yakla ık 5 ay boyunca uygulanması; çalı manın ba langıcında ve sonunda test bataryasının çalı macı tarafından hastalara uygulanması planlanmı tır. Çalı ma boyunca çalı macı hastaların rutin poliklinik kontrolleri ve farmakolojik tedavi düzenlemelerine asla müdahil olmamı tır. Çalı ma sırasında çalı ma grubundan 6, kontrol grubundan 8 hasta çalı mayı bırakmı tır.

2. GENEL B LG LER

2.1. ZOFREN

2.1.1. Tanım

izofreni; kronik, davranı nın bili sel, emosyonel, algısal ve di er yönlerini kapsayan, de i kenlik gösteren, yeti yıkımına sebep olan psikopatolojik etkileri olan bir klinik sendromdur. Görünümü hastadan hastaya ve zamanla de i kenlik gösterir, fakat hastalı n etkisi hemen hemen her zaman a ırdır ve ço unlukla kroniktir (12).

Hastalı n temel semptomları; halüsinasyonlar, hezeyanlar, dezorganize konu ma, dezorganize davranı , uygunsuz duygulanım, bili sel kayıplar ve psikososyal i levsellikte bozulmadır (13).

2.1.2. Tarihçe

M.Ö.1400 yıllarına dayanan Hint Veda yazılı metinlerinde, izofreni hastalarındaki belirtilere benzeyen kimi belirtilerin ayrıntılı olarak anlatıldı ı görülmektedir (14). Eski Çince yapıtlarda, Tevrat ve Talmut'ta, eski Yunan mitoloji metinlerinde de izofrenide rastladı ımız bulgulardan bahsedildi i saptanmı tır (15).

Ortaça da batı toplumlarında izofreni hastaları belirgin olarak tecrit edilmi ler, izofreninin psikotik belirtileri do aüstü güçlere ilintilendirilmi ve izofreni hastalarının lanetlenmi oldu u dü ünülmü tür. Oysa aynı dönemde slam dünyasında ise hekimler ruh hastalarına kar ı ho görüyü egemen kılmı lardır. Kudüs ve Ba dat gibi büyük ehirlerde sekizinci yüzyıldan itibaren ruh hastaları için hastaneler yapılmı tır. bni Sina'nın "Kanun" adlı kitabında on iki çe it ruh hastalı ı tanımlanmı tır. Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde Anadolu'da kurulan Bimarhanelerde ruh hastalarına bakım ve tedavi uygulanmı tır (16).

Morel “Dementia Praecox” (erken bunama) deyimini ilk olarak 1860’da ergenlikte başlayan ve yıkımla giden bu hastalık için kullanmıştır. Hecker 1871’de “hebefreni” yi hastaların tuhaf davranışlarını tanımlamak için kullanmıştır ve Kahlbaum 1874’de “katatoni” yi tanımladıktan sonra, Kraepelin 1896’da kapsamlı bir izofreni tanımı yaparak bu iki hastalık tipine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek, tümünü “dementia praecox” tanısı altında toplamıştır (17).

1911 yılında ise Eugen Bleuler izofreni kavramını ilk olarak ortaya atmış ve “dementia praecox” terimi yerine “ izofreni grubu hastalıklar” teriminin kullanılmasını önermiştir.

Bleuler Kraepelin’in sandığı gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını gösterdi. Bu hastalıkta kişinin ruhsal hayatındaki yarılmaya (schisme) önem vererek “schizofrenia” yani zihin bölünmesi, yarılmaya adını önerdi(18). Bleuler izofrenide dört belirtinin primer semptom olduğunu belirtmiştir.

Bunlar 4 A belirtisi olarak bilinen; otizm, ambivalans, çarpıklıklarda bozukluk ve afektif bozulmadır. Bu semptomlara “birincil” denmesi gerektiğini ifade etmiş, varsanı, sanrılar, katatoni ve motor bozukluklarının ise “ikincil belirtiler” olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca diğer alt tiplere basit tipi eklemiştir (19).

1930’larda Kurt Schneider izofreni için patognomonik olarak kabul edilen birincil sıra belirtileri tanımlanmıştır ve bu belirtiler yaygın olarak kabul görmüş olup günümüz tanı sistemlerinde de yer almıştır. Bunlar; tartışan, yorum yapan, emir veren işitsel halüsinasyonlar, somatik halüsinasyonlar, düşünce çekilmesi, düşünce yayılması, düşünce okunması, sanrılı algılama, duygu ve davranışların dışarıdan kontrol edilmesi ya antıdır (20). Schneider ikinci sıra belirtilerle de tanı konulabileceğini önermiştir (21)

1973 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği “Uluslararası izofreni Pilot Çalışması” adı altında gerçekleştirilen çalışmada John Wing ve ark. tarafından geliştirilen “ İndiki Durum Muayenesi” (Present State Examination) kullanılmıştır. İndiki Durum Muayenesi, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde de yapılandırılmış görüşme tekniklerinin ve tanı sistemlerinin gelişimini önemli ölçüde etkilemiş ve DSM-

III bu ortamda geli tirilmi tir (15).

ABD’de DSM III’un 1980’de basılmasıyla birlikte psikiyatride çok önemli bir de i iklik kaydedilmi tir (22). Bu basım, ruhsal hastalıkları betimleyici klinik özelliklerine göre tanımlayıp gruplayarak sınıflama ve tanı koymayı ruhsal i levseli e ilik kuramlar ve kanıtlanmamı etiyolojik varsayımlara dayandıran önceki çalı malardan oldukça farklılık göstermektedir (22). DSM-III ile tanı ölçütleri dı ina itilen Bleulerici kavramlar daha ayrıntılı tanımlamalarla ara tırma ölçeklerine dönü erek klinik de erlendirme sürecine geri dönmü ler ve 1994 yılında yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 4. Baskı (DSM-IV)’sında tanı ölçütleri arasında negatif belirtilere de yer vererek bu dönü ü kesinle tirmi tir. APA tarafından son olarak 1994’de DSM-IV yayımlanmı ve 2000 yılında revize edilmi tir. DSM-IV izofreni ile ilgili tanıları izofreni ve di er psikotik bozukluklar ba lı ı altında sınıflandırmı tir (23).

2.1.3. Epidemiyoloji

izofreninin ya am boyu prevalansı % 0.5 ile % 1 arasında de i mektedir (24).

ABD’nde izofreninin yıllık insidansının 1000 ki ide 0.3-0.6, ya am boyu prevalansının ise % 1-1.5 dolaylarında oldu u ileri sürülmektedir.

izofreninin tüm toplumlarda ve co rafi alanlarda görüldü ü, insidans ve prevalans oranlarının dünyanın her yerinde yakla ık olarak birbirine e it oldu u bildirilmi tir (17,25).

izofreni prevalansı ebeveynlerinden biri izofreni hastası olan çocuklarda % 12, her iki ebeveyni izofreni hastası olan çocuklarda %40, izofreni hastasının karde inde %8, dizigot ikizinde %12, monozigot ikizinde %47 olarak belirlenmi tir. izofreni hastalarının birinci derecede biyolojik akrabalarında hastalık geli me olasılı mın yakla ık 10 kat daha fazla oldu u belirtilmektedir (26).

En sık ortaya çıktığı dönem erkeklerde 15-25 ya , kadınlarda ise 25-35 ya larıdır. 30’lu ya lara kadar kadın/erkek oranı erkek lehine fazla iken, 40 ya ndan sonra bu oran kadınlar lehine iki kat olarak artmaktadır. Hastalı ın 10 ya ndan önce ve

60 ya ından sonra ba laması nadirdir (26).

Sosyoekonomik durumu dü ük olan bireylerde 5 kat daha fazla oldu u bildirilen prevalansın; evlilerde, bekar ve ayrı ya ayanlara göre daha dü ük oldu u ve evlili in hastalı a kar ı koruyucu bir unsur oldu u ileri sürülmektedir. izofreni tanısı alanlarda evlilik oranı toplum ortalamasının altındadır. ehirde do ma ve büyümenin de psikoz için risk etmeni oldu unu ortaya, ehirde do up büyüyenlerde izofreninin 2-4 kat arttı ı belirtilmi tir (26-30).

Obstetrik olaylara maruz kalanlarda, postnatal enfeksiyon geçirenlerde, MSS enfeksiyonu geçirenlerde ve 4 ya a kadar çocukluk ça ı menejiti geçirenlerde izofreni riskinin arttı ını gösteren çalı malar mevcuttur (30).

2.1.4. Etiyoloji

izofreni bir sendrom olarak de erlendirilmekte ve hastalı ın etiyolojisi multifaktöryel olarak kabul edilmektedir. Bu görü e göre ki i hastalı a genetik olarak yatkındır ve üzerine eklenen çe itli etkenlerle hastalık ortaya çıkmaktadır. Genetik yatkınlık, ya am stresörleri, bireyin ki ili i, stresle ba a çıkma becerileri, birey ve genomu üzerine etkili virüs toksin ve çe itli hastalıklar gibi çevresel etkiler hastalı ın etiyolojisinde üzerinde durulan etkenlerdir (31).

2.1.4.1. Genetik Etkenler

izofreninin geneti iyle ilgili olarak farklı alanlarda çalı malar mevcuttur. Bu çalı malar aile, ikiz, evlatlık çalı maları ve genetik belirleyicilerle ilgilidir. Bu çalı maların sonuçları izofreniye yakalanma riskinin, aile üyelerinde izofreni hastalı ı olanlarda olmayanlardan, tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerinden, biyolojik anne babası izofreni olanlarda evlat edinilenlerden daha yüksek oldu u gösterilmi tir (32,33).

Ebeveynlerden sadece birinde izofreni oldu u durumlarda, çocuklarda izofreni görülmesi riski % 12,5–13,8 iken her iki ebeveynin de izofreni olması ile bu riskin % 35-46'ya yükseldi i rapor edilmi tir. ayet ebeveynlerde hastalık mevcut de il ancak

kardeşlerden biri izofreni ise diğer kardeşlerde hastalanma riskinin % 6,7–8,2 olduğu bildirilmiştir.

izofreni olan kişilerin birinci derece akrabaları, normal popülasyona göre 5 ile 10 kat daha yüksek oranda hastalığa yakalanma riski altındadırlar (33).

Genetik çalışmaların sonuçları monogenik, poligenik ve genetik heterojeniteyle açıklanmaya çalışılmıştır. Bunlardan genetik heterojenite kuramı daha çok kabul görmektedir. Kısa ve basit bir anlatımla, özellikle birinci derece yakınları izofreni olan kişilerde izofreniye yakalanma riski daha yüksektir. Genetik geçiş izofrenide en önemli risk faktörlerinden biridir. Evlat edinilen monozigot ikizlerin biyolojik ebeveynleri tarafından yetiştirilen ikizleri ile aynı oranda hastalığa sahip olması genetik etkinin çevre etkisinden daha kuvvetli olduğunu göstermektedir.

Genetik geçişte orta derecede etkili bir kaç gen veya düşük derecede etkili birçok gen sorumlu olabilir. izofreni etiyolojisinde, majör etki gösteren genlerin varlığı henüz saptanmamıştır. Mendelian benzeri bir geçişin gözlemlendiği istisnalar dışında karmaşık ailesel geçişekli gözlemlenmektedir (34). Geni örneklemelerin kullanıldığı bağlantı analizi haritalama çalışmaları izofreni ile nöroregülün-1, disbindin, prolin dehidrogenaz ve katekol-O-metiltransferaz vb. gen bölgeleri arasında ilişki bulunduğunu göstermiştir, 1q, 2q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q, 18q, 22q kromozomlarında izofreni aday bölgelerinin bulunduğuna dair veriler elde edilmiştir. izofreninin genetik aktarımı için potansiyel bölgeler konusunda 6. 11. 21. kromozomlara ve X kromozomuna, ayrıca D3 ve 5HT2A reseptörlerini kodlayan genlerdeki polimorfizmlere dikkati çeken çalışmalar vardır. Ama bu çalışmalar izofreninin kalıtımına yönelik çelişkili sonuçlar bildirmektedir (34).

2.1.4.2. Nörogelişimsel Değişiklikler

izofrenide beyin gelişimi sırasında patolojik süreçler olduğu ve bu süreçlerin yanlış nöronların sağ kalmasına yol açtığı ileri sürülmektedir. Özellikle frontal, parietal, temporal ve limbik korteks arasında bu sağ kalan nöronların anormal bağlantılara yol açtığı üzerinde durulmaktadır. Kortikal hatalı gelişimi ile ilgili olası nedenler arasında genetik yatkınlık, viral enfeksiyonlar, gebelik ve doğum komplikasyonları ön plana

çıkımı tır (31, 35, 36).

Gebelikte ve doğum sonrası beyin nörogelişimsel sürecindeki anormalliklerin belli bir latent dönem sonunda kullanılmaya başladıklarında, ergenlik ya da genç erişkinlik dönemlerinde dopamine duyarlılık gelişmesi, prefrontal kortekste bozulmuş dopamin ile ilgili subkortikal dopamin aktivasyonunu arttırması gibi patolojik olayları harekete geçirerek izofreninin ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Daha önce olduğu olan sinapslar ergenlik döneminde %30-40 ortadan kaldırılmakta ve böylece nöronlar arasındaki hatalı bağlantılar önlenmektedir. izofrenide duyarlı sinaptik budanma olduğu ileri sürülmektedir (35, 36).

izofreni hastalarının hipokampus ve entorinal kortekslerinde, gelişimin ileri evrelerine rastlayan genç nöron göçünün hatalı olmasının hücre yapılışında potansiyel olarak hatalı gelişime sebep olacaktır, bunun hastalık etiolojisinde önemli bir noktayı oluşturduğu, temporal ve frontal lobların beyaz cevherlerindeki nöronların da gelişiminde olduğu gibi ikliklerin hatalı göçü veya programlanmı hücre ölümündeki de ikliklere bağlı olduğu bildirilmektedir (19).

2.1.4.3. Biyokimyasal Değişiklikler

izofreni hastalarında kortikal alanlarda azalmış dopamin etkinliği, subkortikal alanlarda ise artmış dopamin etkinliğinden söz edilmektedir. Pozitif belirtiler ventral tegmental alandan limbik sisteme uzanan mezolimbik yolaktaki dopaminerjik artışı, negatif ve bilişsel belirtiler ise ventral tegmental alandan prefrontal kortekse uzanan mezokortikal yolaktaki dopaminerjik yetersizlikle ilişkilili bulunmuştur (19, 31, 35, 36, 37).

Dopaminerjik varsayım iki gözleme dayanmaktadır;

- Birçok antipsikotik ilacın etkinliği ve gücü, dopaminin D2 reseptör blokajı ile paralellik gösterir.

- Amfetamin, kokain gibi psikomimetik ilaçlar dopaminerjik aktiviteyi arttırarak izofreni benzeri psikotik belirtileri ortaya çıkarabilmektedir.

Serotonin ve dopamin nörotransmitter sistemleri birbiriyle anatomik ve işlevsel olarak ilişkilidir. Serotonin beyin sapında substantia nigradan gelen dopaminerjik

nöronların ate lemesini, korteks ve striatumda ise dopaminin sinaps aralı na salınımını önleyerek etkisini gösterir. Serotonin dopamin antagonisti (SDA) ilaçlarla ilgili gözlemlerden sonra izofrenide serotonine ilgi artmış tır. SDA ilaçların daha az yan etki ve artmış tedavi edici etkilerinin olması, serotoninin 5-HT_{2A} reseptöründeki antagonizma ile ili kilendirilmiş ve izofrenide serotonin ve dopamin sistemleri arasındaki etkile imde bir bozukluk olduğu öne sürülmüş tür (35, 36).

Noradrenalinin tek ba ına olmasa bile di er nörotransmitter sistemleriyle birlikte izofrenide rol aldığı dü ünülmektedir. izofreni hastalarının bir kısmında özellikle paranoid belirtilerin baskın olduğu hastalarda beyin omurilik sıvısında noradrenalin düzeyi yüksek bulunmuş tur (35, 36).

Glutamaterjik piramidal hücreler korteks, limbik sistem ve talamus gibi izofrenide bozukluk tespit edilmiş olan birçok beyin bölgesini birbirine ba layan yolları oluşturmaktadır. Glutamatın N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptörünü bloke ederek etki gösteren fensiklidinin izofreni benzeri klinik tabloya yol açması, glutamat sisteminin izofrenideki rolüne dikkat çekmektedir. Çalışmalarda glutamaterjik disfonksiyon ve özellikle NMDA reseptör aracılı nöro iletim üzerinde durulmaktadır. NMDA reseptörlerinin, nöronların göçü, nöronların farklılaşması, trofik etmenlere cevap, plastisite, sinaptik çıkıntılarının oluşması gibi süreçlerde rolleri olması, izofrenide bulunmuş olan birçok yapısal ve işlevsel bozukluğun fizyopatolojisinde glutamatın önemli rol oynadığını göstermektedir. Frontal kortikal alanlarda glutamat reseptörlerinde artış, prefrontal ve hipokampal bölgelerde glutamat etkinliğinde azalma, kortikal glutamat salınımında azalma, geri alımında ise artış bildirilmiştir (31, 35, 36, 37, 38). izofreni hastalarında prefrontal ve singulat kortekste GABAerjik nöronlarda azalma saptanmıştır.

2.1.4.4. Beyin Görüntüleme Bulguları

izofrenide en sık bildirilen nöroanatomik bulgu sıklıkla kontrollere kıyaslandığında lateral ve üçüncü ventriküllerde geni leme olmasıdır. Ventriküllerde geni lemenin yanı sıra beyin hacminde ve kortikal gri maddede genel bir azalma da görülmektedir. izofreni hastalarında sıklıkla kontrollere göre frontal loblarda, amigdala, hipokampus, parahipokampus, talamus, medyal temporal lob, singulat girus ve üst temporal loblarda hacim azalması tespit edilmiştir. Korpus kallozum yokluğu,

geni kavum septum pellucidum, gri cevher heterotipisi izofrenide artımı oranda görülmektedir (39).

Ventriküler geni leme ve beyin hacmindeki azalma, yeni tanı konulan hastalarda, hastalanmamı ancak risk taşıyan akrabalarda da görülmektedir ve hastalığın kronikliğini veya tedavi ile açıklanamamaktadır (40, 41).

Üst temporal girus hacmindeki azalmanın varsanıllar ve elektrofizyolojik defektlerle, orta frontal korteks hacim azalmasının ise negatif belirtilerle ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (42, 43).

Ksenon kullanılarak yapılan ilk beyin kan akımı çalışmasında, normalde beyinin ön bölgelerinin arka bölgelerine göre daha fazla kanlanması beklenirken, izofreni hastalarında beyinin ön bölgelerine olan kan akımında azalma olduğu gözlemlenmiş ve bu bulgu “hipofrontalite” olarak tanımlanmıştır (44). Pozitif psikotik belirtiler ile temporal lobda kanlanma artışı arasında ilişkisi olması en sık bildirilen bulgular arasındadır. İtself varsanılları olan hastalarda medyal temporal bölgelerde kanlanma artışı olduğu gösterilmiştir (45).

2.1.4.5. Çevresel Faktörler

Kent ve kırsal alanlar arasındaki izofreni yaygınlığını karşılaştıran çalışmalarda, kırsal alanlara göre kentsel alanlarda izofreninin yaklaşık iki kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (46).

Psikiyatrik hastalıkların özellikle de izofreninin alt sosyal sınıflarda ortaya çıkmasıyla ilişkili olduğunu dair çalışmalar vardır. Alt sosyal sınıflarda yer alma ile izofreni tanısının 5 kat artışı bildirilmiştir (47, 48).

Babanın sosyal sınıfının düşük olması ya da yoksul bir bölgede dünyaya gelmek eri kinlikteki izofreni riskini kontrollere göre 2,1 kat artırırken, her iki risk etkenini taşıyanlar için izofreni riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (49).

Ailede psikiyatri öyküsünün olması, kentsel alanda dünyaya gelmek, ülkede doğmak, üç ya da daha fazla çocuğa sahip olmak artmış izofreni riski ile ilişkili bulunmuştur (50).

Ba ka bir çalı mada çocukluk a ındaki zorlu ya am ko ulu sayısı ile (kirada oturma, d k sosyoekonomik düzey, tek ebeveynli olma, i sizlik, sosyal yardım alma) izofreni riskinin do ru orantılı oldu u ve dörtten daha fazla zorlu ya am ko ulu bulunduran hanelerin çocukları için riskin 2,7 kat arttı ı bildirilmi tir (51).

Göçmenler arasında hem köken aldıkları ülkeyle hem de yerle tikleri ülkeyle kıyaslandı ında daha yüksek izofreni sıklı ına rastlandı ını bildiren çalı malar vardır (52).

Toplumsal dı lanmı lık, ayrımcılık ve yalıtılmı lı ın dopamin duyarlıla masına neden olarak bili sel süreçlerin bozulmasına ve psikotik belirtilerin olu masına neden oldu u ne sürülmü tür. Bir toplumda azınlık konumunda olmak ve g, toplumsal yalıtılmı lık nedeni olabilir(52).

Bazı ara tırmalarda travma ve psikoz ili kisi ele alınmı ve izofreni de dahil olmak üzere, psikoza yatkınlı a neden olabilece i gösterilmi tir(53, 54, 55). Travmaya maruz kalan ki ilerden elde edilen psikiyatrik veriler, travmaya yanıtın çok sayıda biyolojik, kültürel ve ki isel ya am deneyimleri ile ili kili oldu unu ve travma sonrası stres bozuklu unun (TSSB) tek olumsuz sonucu olmadı ını göstermektedir (56).

o u çalı ma erken kannabis kullanımının genel olarak psikotik bozukluk riskini arttırdı ı, izofreni riskini iki kat yükseltti i ve psikotik bozukluklu hastalarda kötü prognoz ile ili kilendirildi i klinik gözlemine desteklemektedir.

Travma, madde kullanımı, g ve yer de i tirme gibi kötü ya am deneyimlerinin, her bireyde biyolojik duyarlılı ı etkileyerek klinik tabloya yol açtı ı d öncesi artık kabul edilmektedir. Bu gibi klinik olmayan psikotik fenomenler, geli im sırasında kannabis kullanımı, çocukluk a ı travması ve ehir hayatı ile sinerjistik biçimde birle irlerse, anormal ekilde kalıcı hale gelebilece i gösterilmi tir (57).

izofreni için risk etkenleri arasında erken çocukluk özellikleri ve ki ilik yapısı da incelenmi tir. Erken geli im özellikleri olarak konu ma ve e itim sorunları, tek ba ına oynama e ilimi, yakın arkada ı olmayı ı, küçük grupları tercih etme, sosyal ortamlarda tedirginlik duyma, ergenlikte zayıf sosyal uyum, kar ı cinsten sürekli bir arkada mın olmayı ı gibi özelliklerin varlı ından söz edilmi tir. Birçok izofreni hastası kendi ba ına ya amayı ye leyen sosyal yönden izole bir ya am biçimi gösterir. Bu

izolasyonun hastalığın oluşmasından çok önce, hatta çocukluk döneminde başladığı ve bunun da hastalıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir (36, 58).

Ayrıca obstetrik komplikasyonlar, annenin gebelik döneminde influenza, rubella enfeksiyonu geçirmesi, annede malnütrisyon, diabetes mellitus ve sigara içme öyküsü olmasının çocukta şizofreni riskini arttırdığı belirtilmiştir. İleri baba ya da annenin de çocukta şizofreni riskini arttırdığı düşünülmektedir (59).

2.1.5. Tanı

Şizofreni tanısı için çoğunluk tarafından kabul edilmiş olan Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV tanı kriterleri kullanılmaktadır.

2.1.5.1. DSM-IV TR Şizofreni Tanı Ölçütleri

A. Karakteristik Belirtiler:

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

1. hezeyanlar (sanrılar),
2. halüsinasyonlar (varsanılar),
3. dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. çarşımlarda dağınıklık [sık sık konusuz sapmalar gösterme] ya da inkoherans),
4. ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranışlar,
5. negatif belirtiler, yani duygulanım ifadesindeki donukluk (tekdüzelik), aloji (konu amazlık) ya da avolizyon.

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

B. Toplumsal / Mesleki İlev Bozukluğu:

, ki ilerarası ilikiler ya da kendine bakım gibi önemli ilevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun bağımlılığından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun bağımlılığından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıdır (bağımlılığın çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, ki ilerarası ilikilerde, eylemle ilgili ya da mesleki bağlamda beklenen düzeye erişilememiştir).

C. Süre:

Bu bozukluğun süre giden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (bağımlılıkla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan belirtileri kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel belirtilerin bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif belirtilerle ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla belirtinin daha hafif biçimleriyle (örneğin acayip inanılar, olağandışı algısal yaşımlar) kendilerini gösterebilir.

D. İzoaffektif Bozukluğun ve Duygudurum Bozukluğunun Dışlanması:

İzoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygudurum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya aktif evre belirtileri ile birlikte aynı zamanda Majör Depresif, Manik ya da Mikst Epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da aktif evre belirtileri sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E. Madde Kullanımının / Genel Tıbbi Durumun Dışlanması:

Bu bozukluk bir maddenin (Kötüye kullanılabilen ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel tıbbi bir duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F. Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla Olan İlişkisi:

Otistik Bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (bağımlılıkla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan ya da halüsinasyonlar da varsa izofreni ek tanısı konabilir (60).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ICD-10 tanı kılavuzu DSM-IV'e büyük oranda benzemekle beraber, DSM-IV'ten farklı olarak; izofreni tanısı için psikotik belirtilerin bir aydır devam ediyor olmasının yeterli olduğunu önerir, 6 aylık süre ko ulunu koymaz. Ancak, tipik izofreni belirtileri ortaya çıkmadan önce prodromal bir dönemin olabilece ini kabul eder. ICD-10 da i levsellikte bozulma, sosyal ya da mesleki performansta belirgin bozulmaya neden olan basit izofreni dı nda izofreni için bir tanı ölçütü de ildir (61).

2.1.5.2. izofrenide Alt Tipler

DSM-IV-TR'ye Göre izofreni Alt Tipleri ve Tanı Ölçütleri

1. Paranoid Tip

A a ıdaki tanı ölçütlerinin kar ılandı ı izofreni tipi:

- A. Bir ya da birden fazla sanrı ya da sıklıkla i itme varsanılarının olması.
- B. Sunlardan hiçbirinin bulunmaması: Dezorganize konu ma, dezorganize ya da katatonik davranı , donuk ya da uygunsuz affekt.

2. Darmada ın (Dezorganize) Tip

A. A a ıdakilerden hepsi belirgindir:

- (1) Dezorganize konu ma.
- (2) Dezorganize davranı .
- (3) Donuk ya da uygunsuz affekt.

B. Katatonik tip için tanı ölçütlerini kar ılamamaktadır.

3. Kasılakalmı (Katatonik) Tip

A a ıdakilerden iki veya daha fazlası klinik görünümü hakimdir.

- 1) Katalepsi (balmumu esnekli ini de kapsamalı) ya da stupor ile karakterize motor hareketsizlik
- 2) Amaçsız ve dı uyarıdan etkilenmeyen a ırı motor aktivite.
- 3) A ırı negativizm (tüm giri imlere hareketsiz direnç ya da hareket ettirme giri imlerine ra men katı postürü sürdürme) ya da mutizm.
- 4) Postür alma, bunun da kanıtı olarak istemli hareketlerde tuhafliklar (uygunsuz ve bizar postürlerin takınılması), stereotipik hareketler, belirgin mannerizm veya belirgin

grimasin ile belirlendi i üzere istemli davranı larda acayipliklerin olması.

5) Ekolali veya ekopraksi.

4. Ayrı mamı (Farklıla mamı) Tip

DSM-IV-TR'deki A ölçütleri kar ılanmı tır ancak paranoid, dezorganize, katatonik tip tanı ölçütleri tam olarak kar ılanmaz.

5. Tortu (Rezidüel) Tip

A a ıdaki ölçütler kar ılanmı tır:

A) Belirgin sanrılar, varsanılar, dezorganize konu ma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranı ın olmaması.

B) Negatif semptomların ya da A ölçütündeki iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçiminin varlı ı ile belirlendi i üzere bu bozuklu un sürdü üne ili kin kanıtlar vardır (60).

Tablo 1: izofrenide Ayırıcı Tanı

Tıbbi hastalıklar	Psikiyatrik hastalıklar
Epilepsi	izofreniform bozukluk
Tümör, travma	Kısa psikotik bozukluk
Serebrovasküler hastalıklar	Sanrısız bozukluk
Endokrin/ metabolik bozukluklar (örn. Porfiri)	Payla ılmı psikotik bozukluk
Vitamin eks. (örn. B12)	izoaffektif bozukluk
Enfeksiyon hastalıkları (örn. Nörosfiliz)	Psikotik özellikli bipolar bozukluk
Otoimmün hastalıklar (örn. SLE)	Psikotik özellikli depresif bozukluk
Toksik hastalıklar (örn. A ır metal zehirlenmesi)	Panik bozukluk
Madde kullanımı	Obsesif-kompulsif bozukluk
Uyarıcılar	Depersonalizasyon bozuklu u
Hallüsinojenler	Ki ilik bozuklukları
Antikolinergikler	Yapay bozukluklar
Alkol kesilmesi	Simülasyon
Barbitürat kesilmesi	Otistik bozukluk
Kültür ile ili kili durumlar	Normal ergenlik

2.1.6. Klinik Özellikler

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

izofreni hastalarının premorbid öyküsünde tipik ancak değişebilir şekilde izoid veya izotipal kişilik tiplerinden birisi vardır. izofreninin teorik formülasyonunda, premorbid bulgu ve belirtiler, hastalığın prodromal döneminden önce başlar. Çocukluk ve ergenlik döneminde ya çok az arkadaşları vardır ya da arkadaşları yoktur. Bu konuda yapılan kontrollü bir çalışmada, erkek izofreni hastalarında premorbid dönemde kötü sosyal işlevsellik, izoid veya izotipal kişilik özelliklerinin afektif bozukluğu olan kadın ve erkek hastalara göre daha sık olduğu saptanmıştır (62).

Birçok vakada semptomların başlangıcı genellikle sinsi seyreder. Genellikle öncesinde yavaş yavaş gelişen sosyal geri çekilme, azalmış ilgi ve merak, dış görünüş ve hijyende değişiklikler, bilişsel değişiklikler ve garip davranışlarla karakterize bir prodromal evre görülür (63). Hastalar ve ana-babaları; kişilik değişiklikleri, içe çekilme, azalmış akademik performans, cinselliğe ve önceden zevk veren diğer aktivitelere karşı ilgi kaybı, obsesif-kompulsif ve ritüalistik davranış, kişisel bakımda azalma, sinirlilik, sıslanmış duygulanım, büyüsel düşünce ve artmış saldırganlık bildirirler. Hastalık öncesi belirtiler çok uzun zaman sürebilir (64).

izofreni hastalarında temelde üç patoloji kümesi olduğundan bahsedilmektedir (65). Her vakanın kendine has özellikleri bu üç kümenin az veya çok klinik görünümüne katkısıyla olmaktadır:

I.Pozitif Semptomlar: Algı, düşünce içeriği, davranış veya düşünce işlevi alanlarında gerçekte olan başının yitilmesidir. Hezeyanlar, halüsinasyonlar, dezorganize davranış ve çarpıklıkların gelişmesi spesifik pozitif semptomlardır. Pozitif psikotik belirtiler izofreni dışında da sık karşılaşılan belirtilerdir. Örneğin hezeyan ve halüsinasyonların izofreniden başka hezeyanlı bozukluk, mani, psikotik özellikli depresyon, deliryum ve demans tablolarında görülebileceği, ayrıca amfetamin,

fensiklidin, LSD gibi psikomimetik ilaçların kullanılmasıyla ortaya çıkabileceği; bu nedenle izofreniye özgü belirtiler olmadıkları belirtilmiştir.

II. Negatif Semptomlar: Bazı normal psikolojik fonksiyonların azalmasıyla karakterizedir; küntle mi afekt, apati, avolüsyon, anhedoni, sosyal izolasyon, ambivalans, konu manin ve dü üncenin fakirle mesini içerir. Pozitif semptomların aksine negatif semptomlar nadiren hospitalizasyonu gerektirirken a ır derecede fonksiyonel dü künlü e neden olmaktadır. Negatif semptomların bazıları hastalığın do aşısıyla ili kili (birincil negatif semptomlar) iken di erleri ba ka faktörlerin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (ikincil negatif semptomlar) (66).

III.Kognitif/Nöropsikolojik Semptomlar: izofreni kognitif ve nöropsikolojik fonksiyonlarda a ır yıkıma neden olan bir hastalıktır. Kognitif disfonksiyonun negatif belirtilerden daha a ır derecede fonksiyonel bozulmaya yol açtı ı dü ünülmektedir (67).

IVDi er Semptomlar: Bahsedilen çekirdek semptomlara ek olarak duygudurum semptomları (depresyon, anksiyete), ajitasyon ve insomni de izofreni hastalarında önemli terapötik hedeflerdir.

2.1.7. Gidi ve Sonlanım

izofreni, klasik olarak kronik tabloya akut alevlenmeler ve remisyonların e lik etmesiyle seyreden bir hastalıktır. Ki ilik de i ikliklerinin görülebildi i, ki inin yava yava içine kapanmaya, kendine özgü bir dünyaya girmeye ba ladı ı, çok sayıda olgunun ise özellikle adölesan dönemde yo un prepsikotik anksiyete belirtileri gösterdi i, kendi bedeni ile yo un u ra sergiledi i, öz bakım ve ki ilerarası ili kilerini ihmal edilebildi i prodromal bir dönemin ardından, bazı hastalarda hastalık yıllarca sinsin ve yava bir seyir sürerken arada aktif hastalık dönemleri, akut alevlenmeler ortaya çıkabilir. Bu dönemler kendili inden ya da tedaviyle yatı ır. Bundan sonra, gene çok yava ilerleyen ve daha çok negatif belirtilerin baskın oldu u, rezidüel izofreni türüne dönü ebilir (68).

Bazı hastalarda adölesan dönemde, oldukça kısa sürede a ır, renkli psikotik tablolar ortaya çıkar ve haftalarca, aylarca sürebilir. Bu dönem düzeldikten sonra uzun süre iyi uyum dönemi olabildi i gibi, negatif belirtilerin baskın oldu u, kronik rezidüel

izofreniye dönü ebilir. Bazen paranoid izofrenide oldu u gibi aktif pozitif belirtiler yıllarca sürebilir (12, 21).Hastaneye yatarak tedavi görmü ilk epizod izofreni hastalarının taburcu edildikten sonra düzenli antipsikotik tedaviye kar ın, ilk yıl içinde ikinci bir atak geçirme riskleri yakla ık %35-%40'tır (6).

Alevlenme sayısı arttıkça kronikle me olasılı ı artar. Hastalı ın gidi i ve sonlanı nı önceden kestirmek oldukça zordur. İlk tanı sonrası 5 yıllık seyri hastalı ın gidi atıyla ilgili ipuçları verebilir(69). izofreninin gidi i konusunda yapılan çalı malar, kullanılan tanı ölçütlerinin zaman içinde de i mesi, uzun ve yeterli izlemin yapılamaması, üzerinde anla maya varılmı yaygın bir iyile me tanımının olmayı ı gibi sebeplerden dolayı farklı sonuçlar vermektedir.

Shepherd ve arkadaş larının 1989 yılında yayınlanan 5 yıllık izlem çalı malarının sonuçlarına göre; hastaların %13'ü tek bir atak geçirip 5 yıl içerisinde bir daha hastalanmamı , %30'unda hastalık, arada tamamen sa lıklı döneme dönen ya da minimal düzeyde bozukluk gösteren ataklarla seyretmi , hastaların %10'unda ise hastalık ilk ataktan sonra hiçbir zaman tamamen sa lıklı döneme dönmemi tir. Hastaların %47'sinde ise hastalık her seferinde iddetleri daha da artan belirtilerle giden epizodik bir seyir izlemi tir (34).

Bazı izlem çalı malarında, ilk hospitalizasyon sonrası izofreni tanısı almı hastaların sadece %10-%20'sinin iyi bir sonlanımı oldu u, %50'sinde semptomlarda alevlenme, mükerrer hastane yatı ları, majör duygudurum bozuklu u epizotları ve intihar giri imleri ile birlikte kötü olarak tanımlanabilecek bir seyir gözlendi i iddia edilmektedir. Aynı çalı malarda remisyon oranlarının %10 ile %60 arasında de i ti i, hastaların ortalama %20-%30'nun toplumsal normlara uygun bir ya am sürdürebildikleri, %40-%60'sının ise hastalı ın yıkımla giden etkisi altında sosyal ve mesleki yetiyitimi ya adıkları öne sürülmü tür (69).

Tablo 2: izofrenide iyi ve kötü prognostik faktörler

Y PROGNOZ	KÖTÜ PROGNOZ
Geç ba langıç	Genç Ba langıç
Kadın cinsiyet	Erkek cinsiyet
Kırsal yerle im yeri	Kentsel ya am
Belirgin presipite edici etkenler	Presipite eden etkenin olmaması
Akut ba langıç	Sinsi ba langıç
yi premorbid sosyal, cinsel ve meslek öyküsü	Kötü premorbid sosyal, cinsel ve meslek öyküsü
Duygudurum bozuklu u belirtileri (Özellikle depresif bozukluk)	Çekilme ve otizm
Evlilik	Bekarlık, bo anma, ayrılma
Ailede duygudurum bozuklu u öyküsü	Ailede izofreni öyküsü
yi destek sistemleri	Kötü destek sistemleri
Pozitif belirtiler	Negatif belirtiler
Epizodik seyir	Nörolojik bulgu ve belirtiler
	Perinatal travma öyküsü
	3 yıl içinde remisyon olmaması
	Birçok atak olması
	Saldırganlık öyküsü

2.1.8. Tedavi

izofrenide akut klinik tablonun sonraki a amalardan daha fazla mortalite ve morbiditeye yol açtı ı; bu nedenle hastanın akut dönemde geçirdi i zamanın azaltılmasının ve idame döneminde relapsın önlenmesine yönelik çabaların artırılmasının önemi vurgulanmaktadır (71).

Hastanın bireysel tedavisi için optimum antipsikotik seçimi, etkinlik ve tolerabilite açısından en uygun kombinasyonun de erlendirilmesini gerektirir. İlk izofreni epizodunun tedavisinde odak nokta psikotik belirtilerin hızla ve hastanın ya amını daha fazla etkilemeden giderilmesidir. İlk psikotik dönemde tedavi seçimi kadar önemli olan nokta ayırıcı tanının do ru yapılmasıdır. Psikotik özellikli duygudurum bozuklukları, madde kullanımına veya tıbbi nedenlere ba lı psikotik durumlar izofreni ile karı abilen tablolarıdır. Tedaviden faydalanma düzeyinin en yüksek oldu u bu dönemde hastanın ailesini de kapsayan iyi bir tedavi rotası çizilmelidir (72).

2.1.8.1. Farmakolojik Tedavi

Nörokimyasal boyuttan bakılacak olunursa, yaklaşık 40 yıldır izofreni ile ilgili biyokimyasal ve farmakolojik çalışmalarında dopamin hipotezi geçerliliğini sürdürmüştür; zira dopamin reseptör blokajı yapmayan hiçbir ajanın izofreninin tedavisinde kanıtlanmış bir etkinliği olmamıştır bilinmektedir. Gerçekten de çeşitli antipsikotik ilaçların etkinliği bu ajanların in vitro koşullarda dopamin (D2) reseptörlerini bağlayabilme yetenekleriyle sıkı sıkıya ilişkilidir (73).

Beyinde mezolimbik, mezokortikal, nigrostriatal ve tuberoinfundibuler olmak üzere dört farklı dopaminerjik yolak tanımlanmıştır. Klasik antipsikotikler tüm dopaminerjik yollarda dopamin reseptör blokajı yapan bileşiklerdir (74). Mezolimbik sistemde dopamin reseptörlerinin blokajı, pozitif psikotik belirtileri giderici etkisiyle antipsikotik tedavinin temelini oluşturur (74).

Ancak diğer üç dopaminerjik yoldaki dopamin reseptörlerinin blokajı antipsikotik tedavinin istenmeyen yan etkilerinden sorumludur. Mezokortikal alandaki dopaminerjik blokajın izofreninin negatif belirtilerini şiddetlendirdiği düşünülmektedir. Nigrostriatal dopamin reseptörlerinin bloke edilmesi ise akatizi, distoni, tremor, rijidite, akinezi, bradikinezi gibi ekstrapiramidal yan etkilerden sorumludur. Tuberoinfundibuler yoldaki dopaminerjik blokaj prolaktin düzeyinde artışa yol açabilmektedir (74).

Tipik antipsikotik (TAP) ilaçlar klasik veya ilk kuşak antipsikotikler olarak da adlandırılan dopamin reseptör antagonistleridir ve güçleri dopamin D2 reseptörlerine olan afiniteleri ile ilişkilidir. D2 reseptör ligandları ve PET kullanılarak yapılan çalışmalar dopamin reseptör antagonistlerinin D2 reseptörlerinin yaklaşık %80'ini kapadıklarında etkili olduklarını göstermiştir (75).

Daha yüksek orandaki tutulum daha fazla ekstrapiramidal sistem (EPS) yan etkilerine yol açmaktadır. Tipik antipsikotikler son zamanlara kadar şizofreninin esas tedavisini oluşturmislardır (75). Fakat akut psikotik alevlenmede hastaların %30'u tipik antipsikotiklere yeterli yanıt vermemektedir (75,76).

Tipik antipsikotiklerin negatif ve duygudurum belirtileri ile bilişsel yıkım üzerine etkileri sınırlıdır ve özellikle birincil negatif belirtiler TAP ilaçlara yanıt vermemekte, bu belirtiler bilişsel yıkım, kötü sosyal ve mesleki işlevsellik nedeniyle

olabilmektedir (75,76).

Atipik antipsikotiklerin (AAP) ortak özellikleri serotonin dopamin antagonisti etkilerinin olmasıdır. AAP'ler D2 ve 5-HT2A blokajı gibi ortak özelliklerin dışında farklı reseptörlere afiniteleri (1, antihistaminik, adrenerjik ve antimuskarinik), farklı yarı ömürlerinin olması, D2 reseptörlerine afiniteleri ve bağlanma farklılıkları ile farklı CYP 450 sistemlerini etkilemeleri nedeniyle farklı ilaç etkilemelerine neden olmalarından dolayı çok farklı yan etkilerinin olması nedeniyle aslında heterojen bir gruptur (78).

AAP'ler TAP'lerle karşılaştırıldığında daha yüksek 5HT2/D2 blokaj oranına sahiptir ve/veya mezolimbik dopamin sistemine özgüllükleri striatal dopamin sistemine özgüllüklerinden fazladır. Atipikliğin bir diğer göstergesi de AAP'lerin D2 reseptörlerinden hızlı ayrılabilme özelliğidir (75). Yan etkilerin en az indirilmesi ve hastalık belirtilerinin gözlenmediği dozda antipsikotik ilaç kullanımı, antipsikotik kullanılmadığında görülen %60-70 olan yıllık alevlenme riskini %30'un altına indirmektedir. İdamede tedavide süre için günümüzde çok sayıda atak geçiren veya son 5 yılda 2 atak geçirmiş olan hastalara belirsiz bir süre (veya yaşam boyu) idame tedavi önerilmektedir (75).

2.1.8.2. Elektrokonvulzif terapi (EKT)

Sizofrenide ilk sıra tedavi antipsikotiklerdir, yine de EKT de bir tedavi seçeneği olabilir (79).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) EKT Rehberi'ne göre şu özellikler şizofrenide EKT'ye iyi yanıt göstergesidir (80).

- Ani/yakın zamanda başlamış pozitif belirtiler,
- Katatoni,
- EKT'ye iyi yanıt öyküsü.

2.1.8.3. Psikososyal Tedaviler

ilaçların izofrenik bozuklukların belirtilerinin çoğunu azalttı ya da ortadan kaldırdı, uzun süreli kullanılmalarıyla relaps oranlarını düşürdü. Üç çalımlarla ortaya konmuştur. Fakat ilaç tedavisi tek başına izofrenik bozuklukları tam olarak iyileştirememektedir. Antipsikotik ilaçlara iyi yanıt veren hastalarda bile toplumsal ilişkilerde sınırlılık, yaşam kalitesinde belirgin azalma, bilişsel belirtiler, rezidüel belirtiler, iş kaybı ya da işbağında düşme görülebilmektedir (81, 82).

izofrenide ilaç tedavilerinin psikososyal tedavilerle birlikte uygulanması tedavi sonuçlarını olumlu şekilde etkilemektedir (83). Psikososyal tedavilerle hedeflenenler; hastaya hastalığı ile ilgili psikoeğitimler vererek hastalığının belirti ve özellikleri, tedavi yöntemleri, hastalığın gidişi ve sonlamı hakkında bilgiler verilerek hastayı kendi tedavisine dahil etmek; bu şekilde relapsı önlemek ve azaltmak; belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltmak; aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirerek toplumsal ilişkileri artırmak; gerçekçi beklentiler oluşturarak günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmesini sağlamak ve yaşam kalitesini artırmaktır (84).

Destekleyici bireysel psikoterapi, bilişsel davranışçı tedavi, hastaya yönelik ruhsal eğitimi programları, aileye yönelik ruhsal eğitimi programları, psikososyal beceri eğitimi izofrenide kullanılan psikososyal tedaviler başlığı altında toplanabilir.

2.1.9. izofreni ve Psikososyal Beceri Eğitimi

Antipsikotik ilaçlar başta varsanılar, sanrılar ve düşünce bozukluğu olmak üzere hastalığın birçok semptomunu iyileştirirler. Bu durum önemli bir fayda sağlamı ve hastalarda derin boyutlarda psikososyal düzelme gözlemlenmiştir. Başlarda psikososyal iyileşmenin antipsikotik tedaviye eşlik edeceği düşünülmüştür ama yapılan çalımlar yeni ilaç kullanımına karşın önemli ölçüde psikososyal alanlardaki iyileşme sıkıntısı olduğunu göstermiştir. Green'in 1996 yılında yaptığı bir çalımda pozitif psikotik belirtilerin derin bilişsel disfonksiyonun psikososyal bozulma ile ilişkili olduğunu göstermiştir ve bu durum izofrenide bilişsel disfonksiyona odaklanmayı arttırmıştır (4).

Hastalığı olan kişiler genelde bir aralıkta bilişsel bozulmalarla prezente olurlar ve bunların hastalığın temelinde yer aldığı düşünülmektedir (5). Kusurlar özellikle dikkat ve bellek alanında belirgindir (85).

izofrenide bozulan bilişsel boyutlar:

- 1) İlemlenme hızı
- 2) Dikkat ve uyanıklık (vijilans)
- 3) İlemlenme belleği
- 4) Görsel öğrenme ve bellek
- 5) Akıl yürütme ve problem çözme
- 6) Sosyal kognisyon

Bilişsel sağaltımı sağlamak amacıyla günümüze kadar yapılan çalışmaların çoğu kısa müdahalelerin (bir ya da birkaç e-itimsel uygulama seansları) nöropsikolojik testlerde kısa dönemli iyileşmeler oluşturdukları gözlemlenmiştir. Bu çalışmaların primer amacı deiyimin olabileceğini göstermeleridir. Bu türdeki kısa müdahalelerin bile serebral kan akımında deiyimler oluşturduğunu öne süren çalışmalar vardır (86).

Psikososyal Beceri Eitimi (PSBE) Robert Paul Liberman tarafından geliştirilmiş olan Sosyal ve Bağımsız Yaama Becerileri (Social and Independent Living Skills) programından ilaç Tedavisi Yaklaşımı (Medication Management), Belirtilerle Baatmak (Symptom Management) ve Zevk-verici Etkinlikler (Recreation for Leisure) modülleri (8, 9, 10) temel alınarak Yıldız (2001) tarafından Türkçeye çevrilmiş ve klavuz haline getirilmiştir.

izofrenik bozuklukların tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımlar arasında aile psikoeitimi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri (psikososyal beceri eitimi, ile uyumlandırma, bilişsel davranışçı tedaviler) vardır. (3, 87, 88, 89)

Psikososyal yaklaşımlar arasında en çok uygulananlar aile psikoeitimi ve uyumlandırma tedavileridir. Bunların amaçları genel olarak şunlardır: (3, 87, 88, 89)

1. izofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim,
2. Belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma,

3. Aile içi ve kişiler arası ilişkileri geli tirme,
4. Anksiyöz duygudurumu azaltma,
5. Erken tanı ve erken tedavi,
6. Relapsı önleme ya da azaltma,
7. Toplumsal işlevselliği artırma,
8. Toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlamak, bağımsız yaşamı artırma,
9. Gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlamak,
10. Yaşam kalitesini artırma.

PSBE'NİN ÇER

Bu eğitim programında hastalar şu alanlarda eğitim görürler: (91)

1. İletim Becerileri

İletim her türlü etkileşimde anahtar rol oynar. Bu nedenle burada etkili iletişim becerileri geliştirebilmenin önemi üzerinde durulur ve bunun teknikleri öğretilir. Sözel ya da sözel olmayan iletişim tarzları rol oynama alıştırmalarıyla öğretilir ya da geliştirilir.

Burada kazanılmış olan iletişim becerileri sonraki beceri alanlarında tekrarlanacak olan rol oynama etkinliği içerisinde sürekli olarak işlenecek ve pekiştirilecektir.

Bu alan için yapılacak her türlü vurgu ve destek hastaların negatif belirtilerinin üstesinden gelmelerinde önemli bir katkı sağlayacaktır.

2. Sorun Çözme Becerileri

Günlük yaşamda karşılaşılan engellerin üstesinden gelmek ve sorunları çözmek bağımsız bir yaşam tarzı geliştirmede önemli bir öğedir. Yeti kaybına neden olan bir akıl hastalığı olan hastalar için sorun çözme becerisi bilinçli olarak basamaklı tekrarlarla öğretilmelidir.

Hastalar sorunu tanımayı/tanımlamayı ve bunları başatabilebilir küçük basamaklar halinde çözmeyi öğrendiklerinde artık günlük yaşamlarında daha ilerleyişler olur ve belirtilerin azalması ile sonuçlanacak davranışları daha fazla sergileyebilirler. Sorun çözme tekniğini bir kez kavrandıktan sonra her bir beceri alanında sorunlar ve çözümleri öğrenme etkinliği içerisinde tekrarlanarak pekiştirilir.

3. Psikoz ve Antipsikotik İlaçlar

izofrenisi olan bir hastaya hastalığının psikotik bir bozukluk olduğunu, antipsikotik ilacın psikoza nasıl etki ettiğini, idame tedavinin niçin gerektiğini, idame tedavide ilacı almanın neler kazandıracaklarını ve almamanın neler kaybettireceğini öğretmek eğitimin temel amaçlarından biridir. Hastaların kendilerine uygulanan tedavinin mantığını anlamaları tedaviyi sürdürmelerinde anahtar rol oynar. Hastalar için özellikle belirsiz bir dönem için niçin ilaç alınması gerektiğini iyice anlamalıdır. İlaç tedavisini bırakmanın olası sonuçlarını öğrenmelidirler.

4. Tedaviyi Değerlendirmek ve İzlemek

Burada hasta ilaçlarını uygun dozda, doğru zamanda ve uygun teknikte nasıl kullanacağını öğrenecektir. Yanlış ilaç kullanma tutumlarının değiştirilmesi de temel amaçlardan biridir. Hastalar hem kendileri hem de tedavi eden doktorları için ilaç tedavisini ve tedavinin sonuçlarını günlük olarak değerlendirmeyi öğrenecektir. Tedaviyi Değerlendirme Çizelgesi'ni tanıyacaklar ve ev ödevi olarak bu çizelgeyi düzenli olarak dolduracaklardır.

5. İlaç Yan Etkilerini Tanımak ve Onlarla Baş Etmek

İlaç yan etkilerini tanımak ve bunlar hakkında neler yapılacağını öğrenmek bu beceri alanının asıl amacıdır. Burada hastaya antipsikotik ilaç alındığında sık görülen yan etkilerin bazıları öğretilir. Daha az ciddi yan etkiler ortaya çıktığında doktora ulaşana kadar ev ortamına yönelik çözümler önerilir. Hemen doktora bildirilmesi gereken şiddetli yan etkiler de öğretilir. Hastaların ilaçların yan etkilerini ve ortaya çıktıklarında neler yapılabileceğini öğrenmeleri ilaç tedavisine uyumlarını artırıcı etkiye sahiptir. Bu arada yan etkiler için kullanılan ilaçlar hakkında da bilgilendirilir.

6. Uyarıcı İaretleri Tanımak ve Onlarla Ba Etmek

Burada hastalar hastalının öncü (prodrom) döneminde ve alevlenmeden hemen önce ortaya çıkan bazı belirtilerin uyarıcı iaretler (erken haberci belirtiler) olduğunu, kendi uyarıcı iaretlerini tanımayı ve onları nasıl izleyeceklerini öğrenirler. Uyarıcı iaretler Çizelgesini doldurmaya başlarlar. Hastalar yakın çevrelerinden bir bireyi destek ki i olarak seçerler ve bu kişiler hastalının tedavisinde hasta ve tedavi ekibiyle birlikte çalışmaya başlarlar. Uyarıcı iaretleri tanıma ve onları inatçı belirtilerden, ilaç yan etkilerinden ayırt etme konusunda tedavi ekibinden ve çevrelerinden yardım istemeyi öğrenmeleri, bireysel uyarıcı iaretlerle baş etmede uygulamak üzere 'acil eylem planı' geliştirmeleri bu alanın hedeflerindedir.

7. inatçı Belirtileri Tanımak ve Onlarla Ba Etmek

Bu beceri alanında hastalar tüm tedavi girişimlerine rağmen geçmeyen inatçı belirtilerini tanımayı ve onları uyarıcı iaretlerde olduğu gibi izlemeyi öğrenirler. Böylece hastalar bir türlü geçmeyen belirtilerine yeni bir anlam vermiş olurlar. inatçı belirtilerle yaşamının varoluşlarının bir parçası olduğunu, onların etkisini azaltmak için baş etme tekniklerini kullanmayı öğrenirler.

8. Alkol ve Uyuşturuculardan Sakınmak

Bu beceri alanında hastalar alkol ve uyuşturucu kullanmaktan uzak durmaya teşvik edilirler. Alkol ve uyuşturucu kullanımının olumsuz etkilerini ve bunlardan uzak durmanın faydalarını, ayrıca sosyal ortamlardaki alkol ve uyuşturucu tekliflerini nasıl geri çevireceklerini, bunaltı, benlik saygısındaki düleme ve depresyonun etkilerini telafi etmek için kullanılan bu maddelere karşı nasıl direnç göstereceklerini öğrenirler. Hastaları alkol kullanma yerine geçebilecek yapıcı etkinliklere yönlendirmek bu beceri alanının asıl hedefidir.

9. Destek Seansları

Yukarıdaki temel bilgilerin hastalar tarafından öğrenilmesi ve birer beceri haline getirilmesi tamamlandıktan sonra bunların sürekli olarak pekiştirilmesi gerekmektedir. Hastaların özel ve sosyal yaşantılarında karşılaştıkları yeni sorunların çözülmesinde öğrenilmiş olan bilgiler kullanılarak beceriler pekiştirilir. Bu seanslar hastaların gereksinimine göre uzun süre devam edebilir.

10. Sosyal ve Zevk Verici Etkinliklerin Arttırılması

Burada hastalara özellikle negatif belirtilerinin üstesinden gelinmesini ve pozitif belirtilerle bile sosyal ve aktif olunabilece ini ö retmek amaçlanmaktadır. Gruplar halinde ya da bireysel olarak sosyal etkinlikler düzenlenir ya da hastalara ev ödevleri verilir. Hastaların klinikler ve rehabilitasyon merkezleri dı ında da örgütlenmeleri te vik edilir. Ailelerin de grup etkinliklerine katılması sa lanır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÖRNEKLEM VE YÖNTEM

Bu çalı ma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sa lı ı ve Sınır Hastalıkları E itim ve Ara tırma Hastanesi'nden 02.12.2013 tarih ve 359 protokol no ile Etik Kurul onayı alınmı tır.

Çalı mamıza Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sa lı ı ve Sınır Hastalıkları E itim ve Ara tırma Hastanesi'ne ba lı olarak hizmet veren Küçükçekmece Toplum Ruh Sa lı ı Merkezi'nde düzenli olarak ayaktan tedavi gören ve çalı ma kriterlerine uyan Psikososyal Beceri E itimi (PSBE) verilen 30 çalı ma grubu ve düzenli poliklinik muayenesine gelen 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hasta dahil edildi. Her iki gruptaki hastalar rutin poliklinik kontrolüne gelen ki iler içerisinde ara tırmaya alınma kriterlerine uyanlardan ve hasta danı manlarından hastanın düzenli e itime ya da poliklinik kontrolüne gelip gelmeyece i teyit edilerek sıra ile seçildi. Hastalara öncelikle çalı manın amacı anlatılarak, katılımları için sözel onayları alındı. E itim programına katılmayı reddetme veya programı herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklandı, kayıtlarının gizli tutulaca ma dair güvence verildi. Katılmayı kabul eden tüm hastalardan aydınlatılmı onam alındı. Çalı ma boyunca çalı macı hastaların rutin poliklinik kontrollerine ve farmakolojik tedavi düzenlemelerine asla müdahil olmadı. Hastalar 10 ki ilik 3 gruba ayrıldı ve haftada 1 kez 45 dakikalık 2 seanstan olu an 18 oturumluk e itim yakla ık 5 ay içinde uygulandı. Çalı ma sırasında çalı ma grubundan 6 hasta, kontrol grubundan 8 hasta çalı madan ayrıldı. Test bataryası çalı macı tarafından e itimin ba langıç ve bitiminde her iki gruptaki hastalara tek tek uygulandı. Her bir hasta için, hastanın e itim ve anlama kapasitesine göre test bataryasının uygulanması yakla ık 40-55 dakika sürdü.

Hastalar belirlendikten ve aydınlatılmı onamaları alındıktan sonra hastaların grupları ve e itim gün ve saatleri belirlendi. E itim ba langıç ve sonunda uygulanan test bataryası kapsamında; Ön Test/Son Test, Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif ve

Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Calgary izofrenide Depresyon Ölçeği (C SÖ), çgörünün Üç Bile enini De erlendirme Ölçeği (ÜBDÖ), Psikotik Bozuklu u Olan Hastalarda laç Tedavisine Uyumsuzlu u De erlendirme Ölçeği (TUDÖ), izofreni Hastaları Ya am Niteli i Ölçeği (SHYNÖ), Sosyal levsellik Ölçeği (S Ö) hastalara uygulandı.

Çalı mamızda kullanılan Psikososyal Beceri E itimi (PSBE) Robert Paul Liberman tarafından geli tirilmi olan Sosyal ve Ba ımsız Ya ama Becerileri (Social and Independent Living Skills) programından laç Tedavisi Yakla ımı (Medication Management), Belirtilerle Ba Etmek (Symptom Management) ve Zevk-verici Etkinlikler (Recreation for Leisure) modülleri (8, 9, 10) temel alınarak Yıldız (2001) tarafından hazırlanmı ve PAREM (Psikiyatrik Ara tırmalar ve E itim Derne i) tarafından yayımlanmı uygulama klavuzu temel alınarak hazırlandı (11).

E itim Aralık 2013- Nisan 2014 tarihleri arasında 18 oturum olarak yapıldı. Her oturum haftada 1 kez 45 dakikalık 2 seans olarak düzenlendi. E itimde kullanılmak üzere uygun bir salon ve yardımcı gereçler (yazı tahtası, ka ıt, kalem, projektör cihazı) hazırlandı. E itimde hastaların anlamasını kolayla tırmak ve katılımı arttırmak için her oturum öncesi oturumun içeri i ile paralel e itim slaytları hazırlandı ve kullanıldı.

Kontrol grubundaki hastalara ise çalı ma grubundaki hastalarla aynı tarihlerde test bataryası uygulandı.

E itim programında hastalar u alanlarda e itim gördüler:

- 1) leti im becerileri
- 2) Sorun çözüme becerileri
- 3) Psikoz ve antipsikotik ilaçlar
- 4) Tedaviyi de erlendirmek
- 5) laç yan etkilerini tanımak ve onlarla ba etmek
- 6) Uyarıcı i aretleri tanımak ve onlarla ba etmek
- 7) natçı belirtileri tanımak ve onlarla ba etmek
- 8) Alkol ve uyu turuculardan sakınmak

Bu beceri alanlarının ö renilmesini kolayla tırmak ve hastaların ö rendikleri bilgileri günlük hayatlarına aktarabilmeleri için kullanılan ö renme teknikleri:

- 1) Amaç, genel bilgiler: Her bir beceri alanının takdim edilmesi ve bu alandaki

amaçların, amaçlara ulaşmak için gerekli olanların ve bu amaca ulaşımlarındaki faydalanımların anlatılması ve varsa hastaların olumsuz veya kötü deneyimlerinin paylaşılması ilk öğrenme etkinliği dir.

- 2) Rol oynama: Rol oynama pratiği ile hastaların öğrendikleri bilgileri içselleştirmeleri sağlanır.
- 3) Sorunlar ve çözümleri: Hastalara öğrendikleri becerileri uygulamayı engelleyecek sorunlarla karşılaşmalarında hasta ve gruba beraber sorunu çözmeyi sağlayacak teknikler geliştirilir.
- 4) Alıştırılmalar ve ev ödevleri: Hastaların öğrendikleri bilgileri hem pekiştirmeleri hem de ne kadarını başatabildiklerini görmek amacıyla ile mümkün olduğunca sık bir şekilde dış ortamlarda pratik yapmaları sağlanır.

Hastalarla ilk olarak hazırlık oturumu yapıldı. Hazırlık oturumunda hastaların grup oturumuna yönelimlerini arttıracak yönde konuşmalar yapıldı. Eğitim içeriği anlatıldı. Hastalara ön-test uygulandı. Hastalara ön testin bir sınav olmadığı, yalnızca hastalık ve tedavi hakkında bilgileri ve tutumlarının ne olduğunu öğrenmeye yönelik bir araç olduğu, ayrıca eğitim sonunda yapılacak son test ile karşılaşarak eğitimin amacına ulaşma hedefinin değerlendirileceği anlatıldı.

Eğitim sonunda hastalara son test ve test bataryası uygulandı. Programı tamamlayan hastalara başarı belgesi sunuldu.

3.1.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 1) DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısının konmuş olması ve ilk epizot olmaması,
- 2) En az ilkokul mezunu olma,
- 3) 18 yaşından büyük olma ve en az 1 kez klinikte yatarak tedavi görme,
- 4) 45 dakika süren oturumlara dikkatini verebilme ve grubun üyeliğini tolere edebilme,
- 5) Bilgilendirme sonucunda çalışmaya katılmaya onay vermiş olma,
- 6) Düzenli poliklinik kontrolüne geliyor olma.

3.1.2. Dı lama Ölçütleri:

- 1) Psikiyatrik görü menin yapılmasına engel olacak düzeyde e itim ve dil probleminin bulunması,
- 2) Okuma yazma bilmeme,
- 3) Akut alevlenme dönemi içindeki hastalar,
- 4) Demans ve/ veya di er organik mental bozukluk olması,
- 5) Klinik görü me ile saptanan mental retardasyon bulunması,
- 6) Halen alkol ya da psikoaktif madde kullanıyor olma,
- 7) Son 1 ay içerisinde EKT uygulanmı olma.

3.2. VER TOPLAMA ARAÇLARI

1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Çalı manın amaçları göz önünde bulundurularak ara tırmacı tarafından hasta ve hasta yakınına yönelik iki kısımda hazırlanan ya , cinsiyet, ö renim düzeyi, medeni durum, çalı ma durumu gibi sosyodemografik verileri ve psikoaktif madde kullanımı, hastalık öyküsü, aile öyküsü gibi klinik verileri içeren bir form kullanıldı.

2. Ön Test- Son Test

Psikososyal beceri e itim kılavuzunda yer alan ve 20 sorudan olu an, e itimin ba nda ve sonunda hastalara uygulanarak e itimin amacına ula ıp ula madı ı konusunda yardımcı olan bir testtir. Testte verilen 20 cümle için do ru (D) ve yanlış (Y) seçene i bulunmakta olup, cümleler e itimde hedeflenen alanlarla ilgilidir. E itimin ba langıç ve sonunda hastaların ne kadar do ru cevap verdiklerini ölçmek amacıyla hazırlanmı tır.

3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçe i (PANSS)

izofreni ya da di er psikotik bozuklukları olanlarda pozitif ve negatif belirtileri, genel psikopatolojiyi de erlendirmek üzere 1987'de Kay ve arkadaş ları tarafından geli tirilmi otuz maddelik ve yedi puanlı iddet de erlendirmesi içeren yarı yapılandırılmı bir görü me ölçe idir(10). PANNS tarafından de erlendirilen otuz psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom alt ölçe ine, yedisi negatif sendrom alt ölçe ine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçe ine aittir. Ölçek; pozitif

belirtiler ölçe i, negatif belirtiler ölçe i, genel psikopatoloji ölçe i olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Pozitif belirtiler alt ölçe i 7 sorudan, negatif belirtiler ölçe i 7 sorudan, genel psikopatoloji ölçe i 16 sorudan oluşmaktadır. Her maddenin puanlaması 0-7 arasında değişmektedir. Puanlama pozitif belirtiler için 0-49, negatif belirtiler için 0-49, genel psikopatoloji için 0-112 ve toplam 0-210 puan arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kostako lu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (92).

4. Sosyal İlevsellik Ölçeği (S Ö)

Birchwood ve arkadaşları tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir (93). Ölçeğin, ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği Yaprak Erakay tarafından yapılmıştır (94). Ölçek hasta ve/veya hastayla birlikte yaşayan bir aile bireyi tarafından doldurulur. Altı alt alandan oluşur: Sosyal izolasyon/sosyal geri çekilme, kişilerarası davranış, öncül sosyal etkinlikler, boş zaman etkinlikleri, bağımsızlık, iş / meslek. Alt ölçek maddelerinde çoğul yerde 0-3 arasında puan verilir. Sosyal çekilmede 5 madde vardır, 0-15 arası puan alınır. Kişiler arası ilişkilerde 4 madde vardır, ama madde 1 ve 2 toplanır; böylece 0-9 arası puan alınır. Bağımsızlık-yetkinlik için 13 madde vardır, 0-39 arası puan alınır. Bağımsızlık-performans için 13 madde vardır, 0-39 arası puan alınır. Boş zamanları değerlendirme için 15 madde vardır, 0-45 arası puan alınır. Öncül sosyal etkinlikler için 22 madde vardır, 0-66 arası puan alınır. İş-meslek alanı için ise kişi için uygunsa doldurulur, son 6 ay içinde çalışmamış ya da iş aramıyorsa atlanır. Her alt ölçekten alınan toplam puanların yüksek olması ilişkilerde olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada yalnızca hasta tarafından doldurulan form değerlendirilmeye alınmıştır.

5. Calgary İzofrenide Depresyon Ölçeği (C DÖ)

İzofreni hastalarında depresif belirtilerin düzeyi ile şiddet derecesini ölçmek amacıyla Addington ve arkadaşları tarafından geliştirilen Calgary İzofrenide Depresyon Ölçeği, dörtlü Likert tipinde değerlendirilen ve 0-3 arasında puanlanan 9 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan 0-27 arasında değişir. Bu maddeler depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili düşünmelere, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, öz kısıym ve gözlenen depresyon belirtilerini içerir ve değerlendirme

uygulayıcının gözlemlerine dayanır. Ölçeğin Türkçede geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (95, 96). Depresif bozukluklu bireylerin için izofreni için ölçeğin Türkçe versiyonunun kesme puanı 11/12 olarak belirlenmiştir (95).

6. izofreni Hastaları Yaşam Niteliği Ölçeği (SHYNÖ)

Heinrich ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Soygür ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Sürdürüm tedavisi altındaki izofreni hastalarının yaşam niteliğini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, ilişkilerinin niteliğini, mesleki rollerdeki üretkenlik düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek yarı yapılandırılmış bir görüşme biçiminde uygulanmakta ve görüşmecisi (ruhsal hasta) tarafından değerlendirilmektedir. Toplam dört alt boyut ve 21 sorudan oluşan ölçekte her madde için üç bölüm vardır. Birinci bölümde görüşmecinin değerlendirilecek parametreyi anlaması ve bunun üzerinde yardımcı olmak için kısa bir tanımlama yapılmakta; ikinci bölümde görüşmecinin hastayı incelemesinde yardımcı olmak için birkaç örnek soru verilmekte; üçüncü bölümde değerlendirilmeyi yapmak için yedi dereceli Likert tipi bir ölçek verilmektedir. Ölçeğin alt boyutları ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular, günlük yaşam kullanımı ve etkinlikler biçimindedir (97). Her bir madde 0-6 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan 0-126 arasında değişir. Yüksek puanlar iyi seviyeyi göstermektedir.

7. İçgörünün Üç Bileşeni Değerlendirme Ölçeği (ÜBDÖ)

David, içgörünün “var” ya da “yok” şeklinde değerlendirilemeyeceğini bildirerek, tedavi uyumu, hastalığın farkında olma, psikotik ilaçları doğru olarak tanımadan oluşan üç bileşenden yola çıkarak, klinisyen tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak değerlendiren içgörünün Üç Bileşeni Değerlendirme Ölçeği’ni (ÜBDÖ) geliştirmiştir (98). Sekiz sorudan oluşan, klinisyen tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İlk 7 sorunun en yüksek puan toplamı 14’tür. Sekizinci soru hipotetik olarak sunulmuştur, bu sorunun sorulması görüşmeciye bırakılmıştır. Bu soru ile birlikte en yüksek toplam puan 18’dir. Hastanın yüksek puan alması yüksek içgörü düzeyini gösterir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2001’de Arslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (99).

8. Psikotik Bozuklu u Olan Hastalarda İlaç Tedavisine Uyumsuzlu u De erlendirme Ölçe i (TUDÖ)

Ölçe i ÷lkemizde, Aker ve ark. 2000 yılında geli tirmi ve konuyla ilgili yaptıkları ara tırmalarda kullanılmı lardır. Ölçek, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E itim ve Ara tırma Hastanesi II. Psikiyatri poliklini inde ilaç tedavisine uyum sorunu olan veya uyumsuzlu u bulunan hastalarla yapılan görü melerde elde edilen verilerin Türkiye ve dünya literatüründeki bilgilerle kar ıla tırılması sonucunda hazırlanmı tır. Hazırlama sürecinde konuyla ilgili uzmanların görü leri alınmı ve ara tırmaya dahil edilmeyen psikotik bozuklu u olan 15 hastayla ilk görü meler yapılmı , uyumsuzlu un nedenlerini saptamak için kullanılabilir bir görünüm geçerli i oldu u dü ünülmü tür (100). Ölçek toplam 15 sorudan olu makta olup sorular 0-3 arası puan almaktadır. Toplam puan 0-45 arasında de i mektedir. Hasta ne kadar dü ük puan alırsa tedavi uyumu o kadar az bozulmu demektir.

3.3. STAT İSTİKSEL DE ERLENDİRME

Elde edilen sonuçlar SPSS 15.0 ile analiz edildi. istatistiksel de erlendirmeler iki erli grup kar ıla tırmaları ekinde yapıldı. Çalı ma ve kontrol grubuna ait de erlerin kar ıla tırmasında ve aynı gruba ait çalı ma ba ında ve sonunda elde edilen de erlerin kar ıla tırmasında; kategorik de i kenlerin frekans farklılıklarını de erlendirmek için ki-kare testi, parametrik olan sürekli de i kenlerin kar ıla tırmasında t testi kullanıldı. Ayrıca çalı ma ba ında ve sonunda uygulanan testlerin ortalamaları arasındaki de i imin iki grupta farklı olup olmadı ını anlamak için de t testi kullanıldı. istatistiksel açıdan p de erlerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalı mamıza 30 çalı ma grubu ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 hasta dahil edildi. PSBE verilen çalı ma grubundaki hastaların 6'sı e itim seanslarına katılmadıkları için ve kontrol grubundaki hastaların 8'i düzenli poliklinik kontrolüne gelmedikleri için çalı madan çıkarıldı.

4.1. SOSYODEMOGRAFIK VERİLERİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalı maya alınan olgulardan çalı ma grubundakilerin ya ortalaması $37,3 \pm 11,3$ yıl (n=24), kontrol grubunun ya ortalaması ise $38,2 \pm 9,9$ yıl (n= 22) olarak tespit edildi. (Tablo 3). Her iki gruptaki minimum ve maximum yaş lar a a ıda görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Çalı ma ve kontrol grubunun yaş aralığı ve yaş ortalamaları

	Hasta Sayısı (n)	Minimum	Maximum	Ortalama \pm St. Sapma
Çalı ma Grubu	24	20	71	$37,3 \pm 11,3$
Kontrol Grubu	22	24	66	$38,2 \pm 9,9$

Çalı ma grubundaki olguların 5'i kadın, 19'u erkek, kontrol grubundakilerin 3'ü kadın, 19'u erkekti (Tablo 4).

Tablo 4: Çalı ma ve kontrol grubunun cinsiyet dağılımı

	Çalı ma Grubu N=24 n (%)	Kontrol Grubu N=22 n (%)	statistik	p
Cinsiyet				
Kadın	5 (20,8)	3 (13,6)	$X^2=0,414$	0,520
Erkek	19 (79,2)	19 (86,4)		

Çalı ma ve kontrol grubunun medeni durumlarının dağılımı Tablo 5’de gösterilmiştir. (Tablo 5).

Tablo 5: Çalı ma ve kontrol grubunun medeni durumlarının dağılımı

	Çalı ma Grubu N=24	Kontrol Grubu N=22	statistik	p
	n (%)	n (%)		
Medeni Durum				
Bekar	17 (70,8)	16 (72,7)	X ² =1,446	0,695
Evli	5 (20,8)	3 (13,6)		
Dul	2 (8,3)	2 (9,1)		
Bo anmı	- (-)	1 (4,5)		

Çalı ma ve kontrol grubunun eğitim durumları Tablo 6’da gösterilmiştir. (Tablo 6).

Tablo 6: Çalı ma ve kontrol grubunun eğitim durumlarının dağılımı

	Çalı ma Grubu N=24	Kontrol Grubu N=22	statistik	p
	n (%)	n (%)		
E itim Durumu				
İlkokul mezunu	12 (5)	10 (45,5)	X ² =3,101	0,376
Ortaokul mezunu	4 (16,7)	6 (27,3)		
Lise Mezunu	7 (29,2)	3 (13,6)		
Üniversite Mezunu	1 (4,2)	3 (3,6)		

Çalı ma ve kontrol grubunun askerlik durumları Tablo 7’de gösterilmiştir. (Tablo 7).

Tablo 7: Çalı ma ve kontrol grubunun askerlik durumlarının dağılımı

	Çalı ma Grubu N=24	Kontrol Grubu N=22	statistik	p
	n (%)	n (%)		
Askerlik Durumu				
Henüz Yapmamı	1 (5,4)	- (-)	X ² =1,259	0,533
Tam Yapmı	9 (47,4)	8 (42,1)		
Muaf	9 (47,4)	11 (57,9)		

Çalı ma ve kontrol grubunun mesleki ve çalı ma durumu dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir. (Tablo 8).

Tablo 8: Çalışma ve kontrol grubunun mesleki ve çalışma durumunun dağılımı

	Çalışma Grubu N=24	Kontrol Grubu N=22	statistik	p
	n (%)	n (%)		
Meslek Durumu				
Var	8 (33,3)	9 (40,9)	X ² =0,283	0,595
Yok	16 (66,7)	13 (50,1)		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	- (-)	4 (18,2)	X ² =6,325	0,042
Çalışmıyor	20 (83,3)	12 (54,5)		
Düzensiz Çalışıyor	4 (16,7)	6 (27,3)		

Çalışma ve kontrol grubunun sosyal güvence durumu ve sosyal güvence türü dağılımı Tablo 9’da gösterilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9: Çalışma ve kontrol grubunun sosyal güvence durumu ve türünün dağılımı

	Çalışma Grubu N=24	Kontrol Grubu N=22	statistik	p
	n (%)	n (%)		
Sosyal Güvence				
Var	23 (95,8)	22 (100)	X ² =0,937	0,333
Yok	1 (4,2)	- (-)		
Sosyal Güvence Türü				
SSK	8 (34,8)	9 (40,9)	X ² =2,505	0,776
Emekli	2 (8,7)	1 (4,5)		
2022 sayılı yasa	4 (17,4)	1 (4,5)		
Yeşil kart	5 (21,7)	7 (31,8)		
Malulen Emekli	2 (8,7)	2 (9,1)		
Diğer	2 (8,7)	2 (9,1)		

Çalışma ve kontrol grubunun aylık gelir düzeyi dağılımı Tablo 10’da gösterilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Çalışma ve kontrol grubunun aylık gelir düzeyinin dağılımı

	Çalışma Grubu N=24	Kontrol Grubu N=22	statistik	p
	n (%)	n (%)		
Aylık Gelir Düzeyi				
0-500 tl	14 (58,3)	11 (5)	X ² =0,326	0,849
501-1500 tl	9 (37,5)	10 (45,5)		
1501-2500 tl	1 (4,2)	1 (4,5)		

Çalı ma ve kontrol grubunun göç öyküsü da ılımı Tablo 11’de gösterilmi tir (Tablo 11).

Tablo 11: Çalı ma ve kontrol grubunun göç öyküsünün da ılımı

	Çalı ma Grubu N=24	Kontrol Grubu N=22	statistik	p
	n (%)	n (%)		
Göç Öyküsü				
Var	15 (62,5)	12 (54,5)	X ² =0,300	0,584
Yok	9 (37,5)	10 (45,5)		

Çalı ma ve kontrol grubunun birlikte ya adı ı ki iler da ılımı Tablo 12’de gösterilmi tir (Tablo 12).

Tablo 12: Çalı ma ve kontrol grubunun beraber ya adı ı ki iler da ılımı

	Çalı ma Grubu N=24	Kontrol Grubu N=22	statistik	p
	n (%)	n (%)		
Ya adı ı ki i/ki iler				
Yalnız	- (-)	1 (4,5)	X ² =2,285	0,808
Anne/Baba	17 (70,9)	16 (72,8)		
E /Çocuk	5 (20,8)	3 (13,6)		
Karde	2 (8,3)	2 (9,1)		

Çalı ma grubundaki olguların 17’si (%70,8), kontrol grubundaki olguların 15’i (%68,2) sigara kullanıyordu. Her iki grup arasındaki fark istatistikel olarak anlamlı de ildir (X²=0,038, p=0,845)

4.2. HASTALIĞA LİKLİ NERLERİNDE ERLENDİRİLMESİ :

Çalışma ve kontrol grubunun hastane yatışı ve ilaç kullanımını dağılımı Tablo 13'te gösterilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13: Çalışma ve kontrol grubunun hastane yatışları ve ilaç kullanımının dağılımı

	Çalışma Grubu N=24	Kontrol Grubu N=22	statistik	p
	n (%)	n (%)		
Hastane Yatışı Sayısı			X ² =0,351	0,839
1 kez	6 (25)	7 (31,8)		
2-5 kez	14 (58,3)	11 (50)		
5'ten fazla	4 (16,7)	4 (18,2)		
İlaç Kullanımı			X ² =0,009	0,996
Var	9 (37,5)	8 (36,4)		
Yok	1 (4,2)	1 (4,5)		
Düzensiz	14 (58,3)	13 (59,1)		

Çalışma ve kontrol grubunun intihar öyküsü dağılımı Tablo 14'te gösterilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14: Çalışma ve kontrol grubunun intihar öyküsü dağılımı

	Çalışma Grubu N=24	Kontrol Grubu N=22	statistik	p
	n (%)	n (%)		
intihar Öyküsü			X ² =0,637	0,425
Var	8 (33,3)	5 (22,7)		
Yok	16 (66,7)	17 (77,3)		

4.3. ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN ÖLÇEKLERDEN ALDIKLARI PUANLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ :

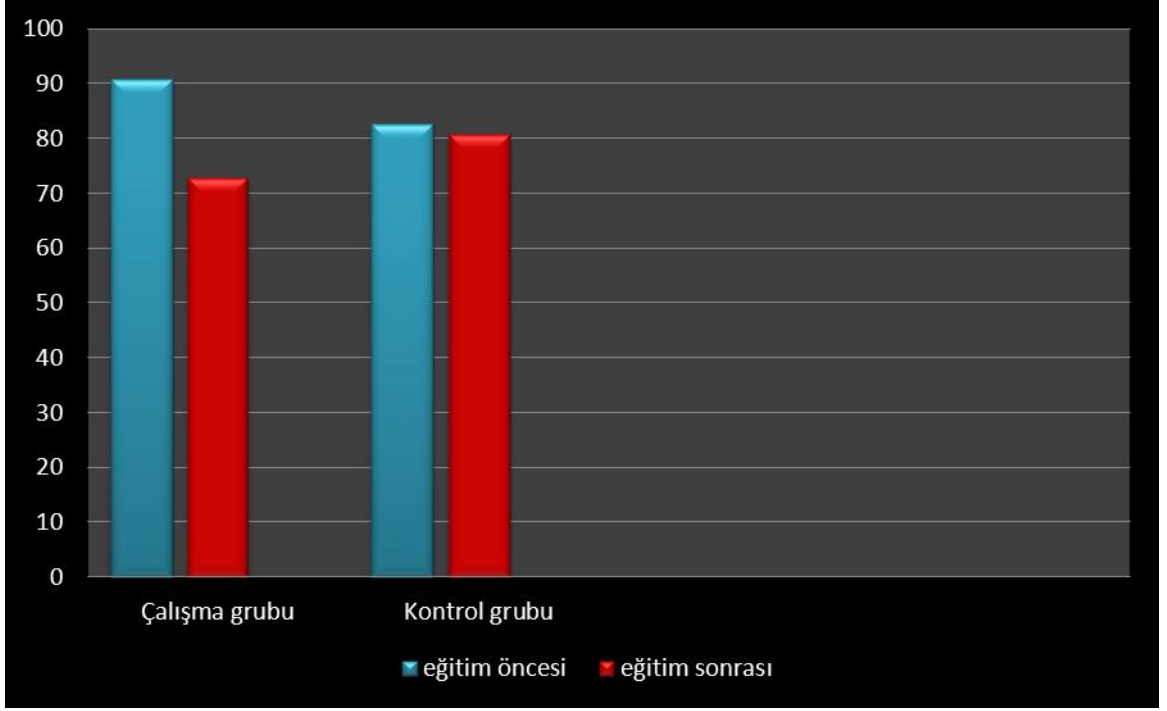
Çalışmanın amacı doğrultusunda Psikososyal Beceri Eğitimi (PSBE) verilen çalışmaya grubuna ve sadece poliklinik kontrollerinin yapıldığı kontrol grubuna eğitimin başında ve sonunda çalışmacı tarafından izofreni belirtilerini değerlendirmek için PANSS, izofreni hastalarını depresyon yönünden de değerlendirmek, depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetini ölçmek için C DÖ, görünümün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (ÜBDÖ), ilaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği (TUDÖ), idame tedavisi altındaki izofreni hastalarının yaşam kalitesini de değerlendirmek üzere izofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği (SHYNÖ), Sosyal İlevsellik Ölçeği (SÖ), eğitim başarısını de değerlendirmek için ön test/son test uygulanmıştır.

PSBE öncesi ve sonrası PANNS pozitif belirtiler ölçeği puanları çalışmaya ve kontrol grubunda kıyaslandığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. PANNS negatif belirtiler alt ölçeği, genel psikopatoloji alt ölçeği ve toplam değerler her iki grupta PSBE öncesi ve sonrası kıyaslandığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 15) (ekil 1).

Tablo 15: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan PANSS** ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması

	PSBE Öncesi	PSBE Sonrası	t	p
PANSS-Pozitif Çalışma Grubu Kontrol Grubu	20,3±8,3 18,2±6,2	17,9±8,0 17,4±5,1	0,081	0,116
PANSS- Negatif Çalışma Grubu Kontrol Grubu	27,5±9,7 24,8±8,0	20,8±10,0 25,4±7,0	6,471	<0,001
PANSS- Genel Çalışma Grubu Kontrol Grubu	43,0±14,6 39,5±12,6	34,2±13,1 38,1±11,6	4,623	<0,001
PANSS-Toplam Çalışma Grubu Kontrol Grubu	90,8±29,7 82,5±24,5	72,9±29,1 80,9±21,6	6,785	0,002

*PSBE: Psikososyal Beceri Eğitimi, **PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği



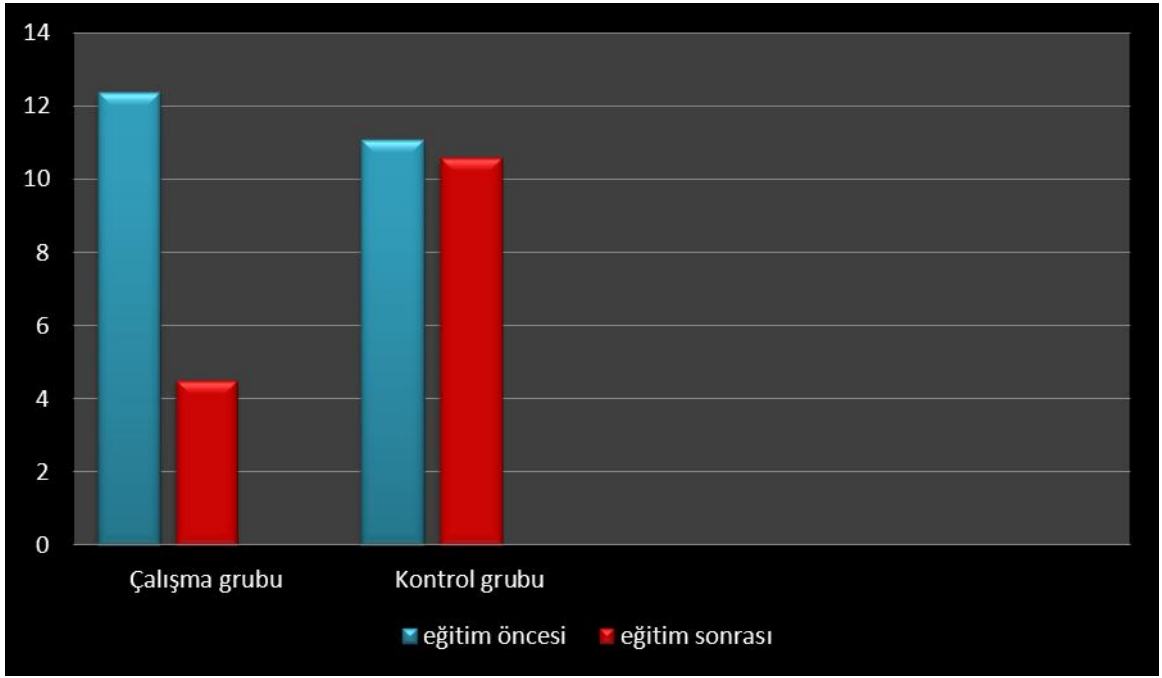
ekil 1: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan PANNS ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması

PSBE öncesi ve sonrası çalışma ve kontrol grubunun C DÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 16) (ekil 2).

Tablo 16: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan C DÖ** sonuçlarının karşılaştırılması

	PSBE Öncesi	PSBE Sonrası	t	p
Ç DÖ				
Çalışma Grubu	12,4±6,3	4,5±4,9	4,829	0,001
Kontrol Grubu	11,1±4,3	10,6±3,6		

*PSBE: Psikososyal Beceri Eğitimi, **C DÖ: Calgary İzofrenide Depresyon Ölçeği



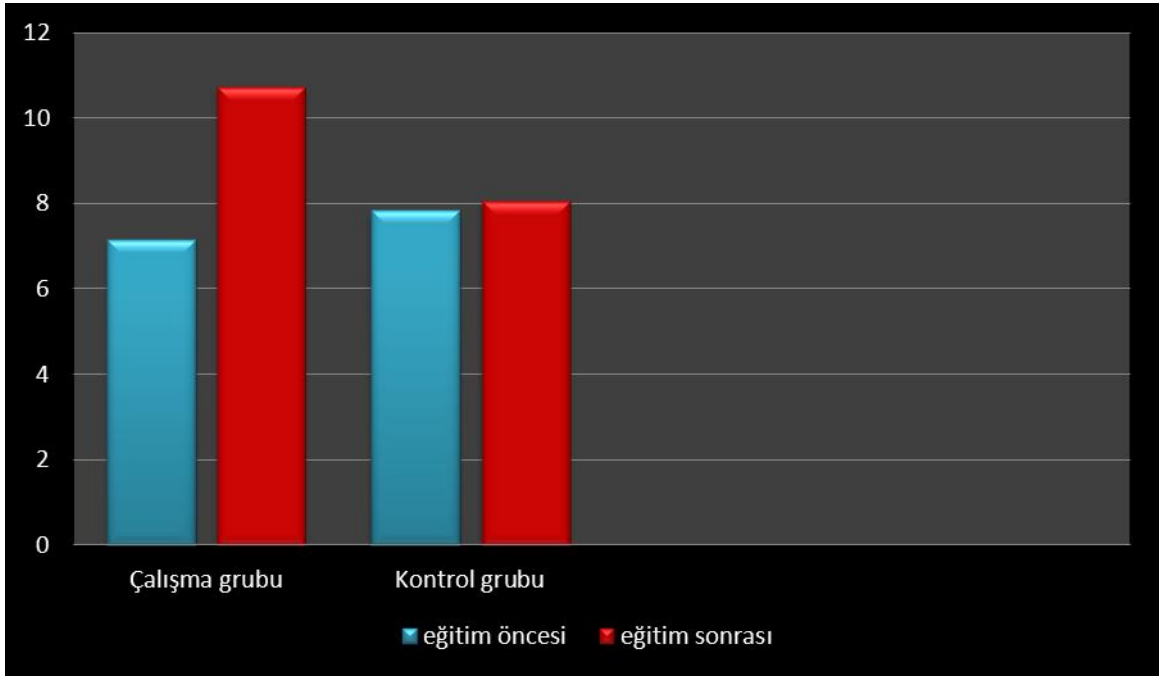
ekil 2: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan ÜBDÖ sonuçlarının karşılaştırılması

PSBE öncesi ve sonrası çalışma ve kontrol grubunun ÜBDÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 17) (ekil 3).

Tablo 17: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan ÜBDÖ** sonuçlarının karşılaştırılması

	PSBE Öncesi	PSBE Sonrası	t	p
ÜBDÖ				
Çalışma Grubu	7,1±1,6	10,7±2,1	-7,031	p<0,001
Kontrol Grubu	7,8±2,8	8,1±2,7		

*PSBE: Psikososyal Beceri Eğitimi, ** ÜBDÖ: Çığırın Üç Bileşeni Değerlendirme Ölçeği



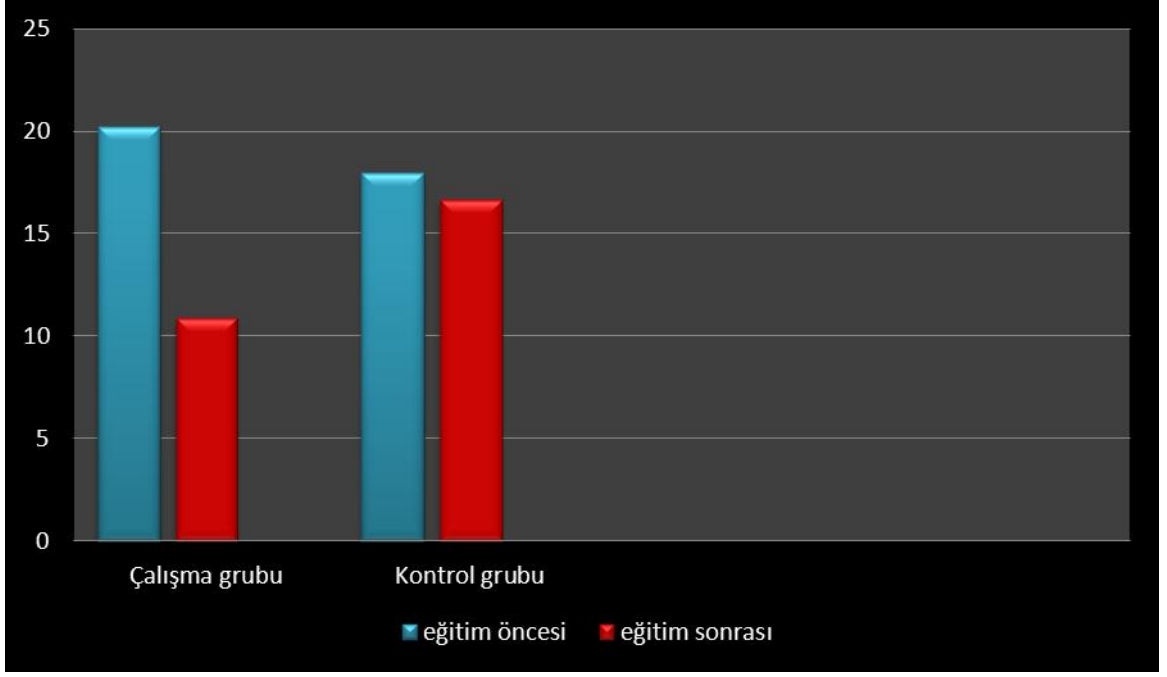
ekil 3: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan ÜBDÖ sonuçlarının karşılaştırılması

PSBE öncesi ve sonrası çalışma ve kontrol grubunun TUDÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 18) (ekil 4).

Tablo 18: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan TUDÖ** sonuçları karşılaştırılması

	PSBE Öncesi	PSBE Sonrası	t	P
TUDÖ				
Çalışma Grubu	20,2±10,2	10,8±10,7	3,575	0,001
Kontrol Grubu	17,9±10,3	16,6±10,2		

*PSBE: Psikososyal Beceri Eğitimi, ** TUDÖ: ilaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği



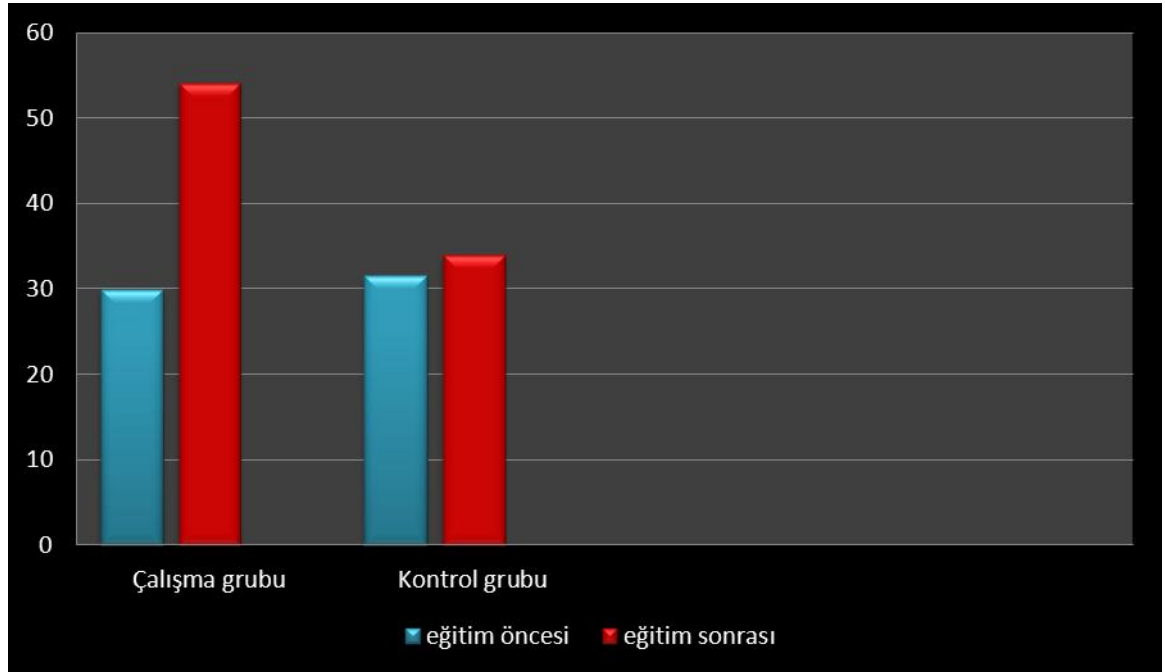
ekil 4: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan TUDÖ sonuçlarının karşılaştırılması

PSBE öncesi ve sonrası çalışma ve kontrol grubunun SHYNÖ kişilikler arası ilişkiler, ruhsal bulgular, kişisel eğilimler/aktiviteler alt skalaları ve SHYÖ toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. PSBE öncesi ve sonrası çalışma ve kontrol grubunun SHYNÖ mesleki rol alt skalası puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 19) (ekil 5).

Tablo 19: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan SHYNÖ** sonuçları karşılaştırması

	PSBE Öncesi	PSBE Sonrası	t	p
SHYNÖ-Kişilerarası ilişkiler				
Çalışma Grubu	12,4±9,4	23,2±12,6	-6,634	0,001
Kontrol Grubu	13,6±9,7	14,5±8,8		
SHYNÖ-Mesleki Rol				
Çalışma Grubu	1,6±3,2	3,6±5,4	-1,127	0,054
Kontrol Grubu	3,0±3,6	3,7±3,7		
SHYNÖ- Ruhsal Bulgular				
Çalışma Grubu	5,9±3,7	10,5±4,9	-5,618	0,001
Kontrol Grubu	5,6±2,8	5,9±2,2		
SHYNÖ- Kişisel Eya/Faaliyetler				
Çalışma Grubu	4,0±2,1	6,2±2,6	-3,507	0,002
Kontrol Grubu	3,8±2,3	3,9±2,3		
SHYNÖ Toplam				
Çalışma Grubu	29,8±18,1	54,2±26,2	-5,114	<0,001
Kontrol Grubu	31,5±16,3	33,9±14,6		

*PSBE: Psikososyal Beceri E itimi, **SHYNÖ: izofreni Hastaları için Ya am Niteli i Ölçe i



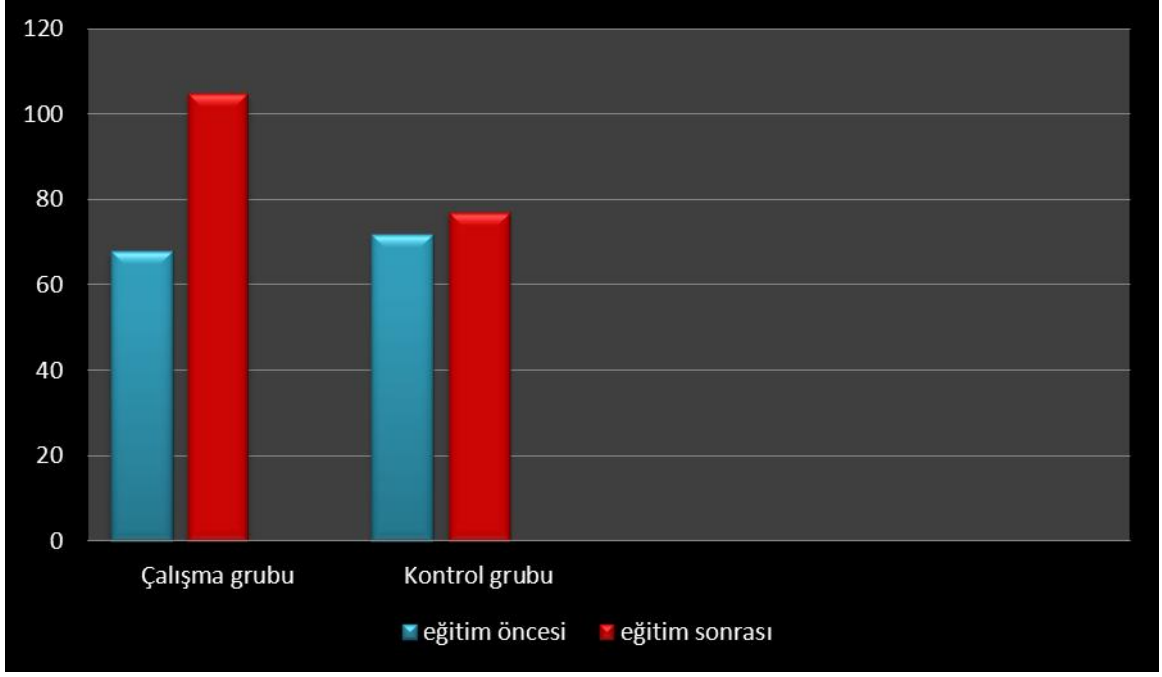
ekil 5: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan SHYNÖ sonuçlarının karşılaştırması

PSBE öncesi ve sonrası çalışmaları ve kontrol grubuna uygulanan SÖ'nin sosyal çekilme, kişilerarası ilişkiler, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık düzeyi (yetkinlik), bağımsızlık düzeyi (performans), iş/meslek alt skalaları ve SÖ toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 20) (Eki 6).

Tablo 20: Çalışmaları ve kontrol grubuna PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan SÖ** sonuçlarının karşılaştırılması

	PSBE Öncesi	PSBE Sonrası	t	p
SÖ-Sosyal Çekilme				
Çalışmaları Grubu	9,2±2,8	11,3±2,8	-3,352	0,002
Kontrol Grubu	9,3±1,8	9,6±1,2		
SÖ-Kişilerarası İlişkiler				
Çalışmaları Grubu	3,6±2,1	4,9±2,5	-3,875	<0,001
Kontrol Grubu	2,9±1,5	3,1±1,4		
SÖ-Öncül Sosyal Etkinlikler				
Çalışmaları Grubu	6,2±5,2	15,6±11,8	-3,729	0,001
Kontrol Grubu	7,4±3,9	9,1±4,4		
SÖ-Boş Zamanları Değerlendirme				
Çalışmaları Grubu	8,0±6,9	14,2±9,1	-3,275	0,002
Kontrol Grubu	8,8±4,8	9,8±4,5		
SÖ-Bağımsızlık Düzeyi (yetkinlik)				
Çalışmaları Grubu	26,0±6,5	31,5±7,1	-4,575	<0,001
Kontrol Grubu	27,8±4,0	28,2±3,2		
SÖ-Bağımsızlık Düzeyi (performans)				
Çalışmaları Grubu	12,6±9,9	24,0±13,3	-4,798	<0,001
Kontrol Grubu	13,1±7,0	14,4±6,8		
SÖ- Meslek				
Çalışmaları Grubu	2,2±1,8	3,3±2,2	-2,282	0,027
Kontrol Grubu	2,5±1,4	2,8±1,4		
SÖ-TOPLAM				
Çalışmaları Grubu	67,9±29,4	104,8±43,9	-7,285	0,001
Kontrol Grubu	71,9±19,2	77,0±17,6		

*PSBE: Psikososyal Beceri Eğitimi, **SÖ: Sosyal İlişkiler Ölçeği



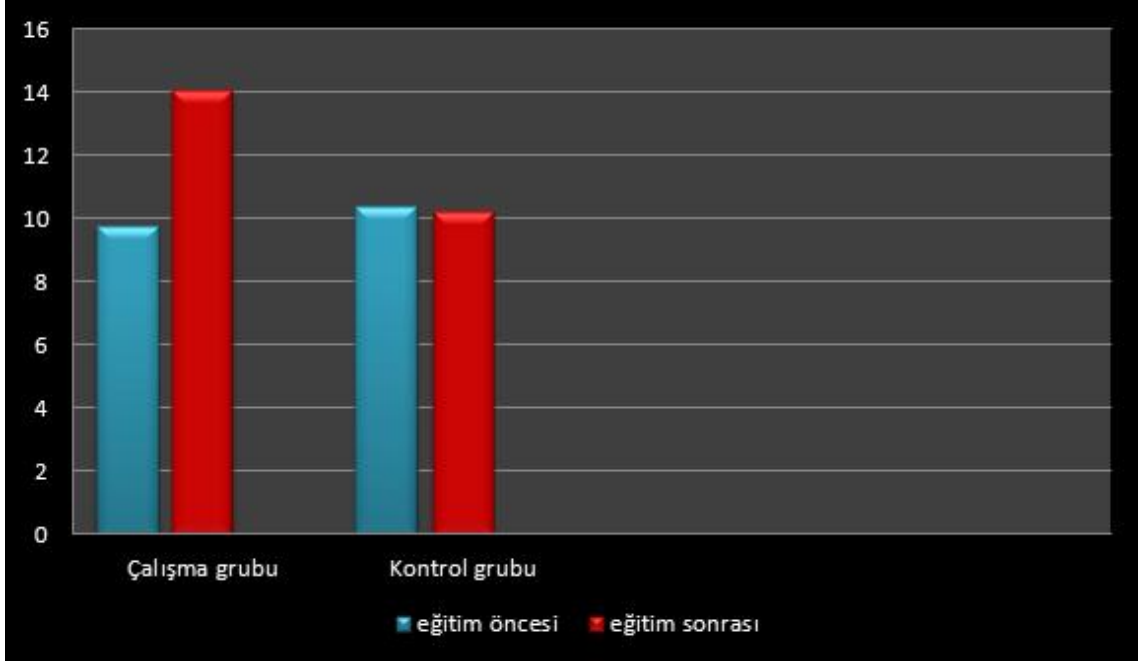
ekil 6: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan S Ö toplam puanlarının karşılaştırılması

PSBE öncesi ve sonrası çalışma ve kontrol grubuna uygulanan ön test/son test arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 21) (ekil 7).

Tablo 21: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE* öncesi ve sonrasında uygulanan Ön Test/Son Test sonuçlarının karşılaştırılması

	PSBE Öncesi	PSBE Sonrası	t	p
Ön Test/Son Test				
Çalışma Grubu	9,8±3,2	14,1±4,3	-5,671	<0,001
Kontrol Grubu	10,4±3,0	10,2±2,7		

*PSBE: Psikososyal Beceri Eğitimi



ekil 7: Çalışma ve kontrol grubuna PSBE öncesi ve sonrasında uygulanan Ön Test/Son Test sonuçlarının karşılaştırılması

5. TARTI MA

Çalı mamıza 20-71 ya aralı nda olan, en az bir kez klinikte yatarak tedavi görmü olan, izofreni tanısı ile ayaktan sürdürüm tedavisi yapılan ve PSBE verilen 30 hasta ve e itim verilmeyen 30 hasta dahil edildi. E itim verilen gruptan 6 hasta, kontrol grubundan 8 hasta çalı ma sürecinde çalı madan ayrıldı.

Çalı mamızda çalı ma grubuna yakla ık olarak 5 ay boyunca 18 oturumda (oturumlar haftada bir 45 dakika süren 2 seans olacak ekilde) PSBE uygulandı. E itimin etkinli ini ölçmek amacı ile her iki gruba e itimin ba nda ve sonunda e itimci tarafından Ön Test/Son Test, Sosyodemografik Veri Formu, Pozitif Negatif Sendrom Ölçe i (PANNS), Calgary izofrenide Depresyon Ölçe i (C DÖ), çgörünün Üç Bile enini De erlendirme Ölçe i (ÜBDÖ), izofreni Hastaları Ya am Niteli i Ölçe i (SHYNDÖ), Sosyal levsellik Ölçe i (S Ö) uygulandı.

izofreni genç eri kinlikte ba layan kronik bir hastalıktır. Çalı maya alınan olgulardan çalı ma grubundakilerin ya ortalaması $37,3\pm 11,3$ yıl, kontrol grubunun ya ortalaması ise $38,2\pm 9,9$ yıl olarak tespit edildi. Çalı ma grubunda ya aralı ı 20-71; kontrol grubunda 24-66'dır. ki grup ya ları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı de ildir.

Her iki gruptaki hastaların ço unlu u erkekti. Çalı mamızda cinsiyet farklılı ına dayanan sonuçları ara tırmayı hedeflemedik. Ayrıca olguların rastgele örnekleme yöntemiyle seçildi i göz önüne alındı nda bu oranların çalı manın yürütülmü oldu u BRSHH Küçükçekmece Toplum Ruh Sa lı ı Merkezi'ndeki genel cinsiyet da ılımı ile uyumlu olabilece i dü ünülmü tür.

Her iki gruptaki hastaların ço unlu u bekardı. Yapılan literatür ara tırmasında izofreni hastaları arasında evli olmayanların evli olanlara oranının 2.6 ile 7.6 arasında oldu u bildirilmektedir (101). Bu çalı mada belirlenen bekar olma oranının yüksek bulunması literatürle uyumludur. Bekar hastaların oranının yüksekli i izofreninin;

sosyal ili kileri ve sorumlukları sürdürmekte güçlü e yol açan, yıkıcı bir hastalık olması ile açıklanabilir.

Çalı ma grubundaki olguların %50'si ilkokul, %16,7'si ortaokul, %29,2'si lise, %4,2'si üniversite mezunu idi. Kontrol grubundaki olguların %45,5'i ilkokul, %27,3'ü ortaokul, %13,6'sı lise, %3,6'sı üniversite mezunu idi. TÜ K'in 2013 yılına ait e itim durumu verilerine göre ülkemizde okuma yazma bilmeyenlerin oranı % 5, okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyenlerin oranı % 7, ilkokul mezunu oranı % 28, ilkö retim diplomasına sahip olanların oranı % 21, lise ve dengi okul mezunu oranı % 22, yüksekokul veya fakülte mezunlarının oranı % 11, yüksek lisans mezunu oranı % 1'dir. Hastalarımızın e itim durumunun Türkiye ortalamasından farklı olmasının sebebi çalı mamıza okuma yazma bilmeyen hastaların alınmayı ı olarak dü ünülmekle beraber hastaların seçimi sırasında e itim durumu ilkokul e itimi altında hasta poliklini e hiç ba vurmadı.

izofreni, ki ilerarası ve mesleki i levsellı i bozan süre en bir hastalıktır (102). Çalı ma ve kontrol grubu arasında askerlik ve çalı ma durumu bakımından anlamlı bir fark yoktu. Her iki gruptaki ço unlu u çalı mıyordu. Çalı mayanların oranı literatürle uyumlu ekilde belirgin olarak yüksek bulunmu tur (103). TÜ K'in 2010 verilerinde ülkemizde i sizlik oranı %11,9 olarak açıklanmı tır (104).

Her iki gruptaki hastaların ço unlu unun aylık gelir düzeyi dü üktü. Aynı ekilde hastaların ekonomik durumlarının dü ük seyretmesi izofreninin mesleki i levsellı i bozmasının bir kanıtı olarak ele alındı.

Olguların %97,8'inin sosyal güvencesi (SGK, Emekli Sandı ı, Ye il Kart, 2022 sayılı yasa) mevcuttu. Tedavi hizmetlerine ula ım ve yararlanım açısından olumlu bir gösterge olarak de erlendirildi.

Her iki gruptaki hastaların ço unlu unun göç öyküsü mevcuttu. Göç eden insan gruplarında izofreni riskinin 2. ku akta daha fazla oldu unu gösteren yayınlar vardır.(105) Bireylerin aile, arkada ve tanıdık ortam ve kurumlarda ya adıkları kültürel bir yapıdan, bu insanları ola an destek sistemlerinden uzakla tıran farklı bir co rafi bölgeye hareketi genellikle iddetli bir stres kayna ı olarak ele alınmı tır (106).

Her iki gruptaki hastaların ço unlu u anne/baba ile ya ıyordu. Ba ımsız

ya ayabilme, ki iler arası ili kileri yürütebilme, üretken olma ve çalı maya alınan hastaların ya ortalaması gibi unsurlar göz önüne alındı ında; ba ımsız ya ayabilme oranları oldukça dü ük görölmektedir. Öte yandan olguların büyük bir oranının anne ve/veya babası ile ya ıyor olması ölkemizdeki geni -kollayıcı-destekleyici aile yapısının bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Her iki gruptaki hastaların ço unlu unun sigara kullanımını vardı. Türkiye’de ayaktan takip edilen izofreni hastaları ile yapılmı 3 farklı çalı mada ise hastaların sigara içme oranları sırası ile %72.3 (107), %58.7 (108) ve %50 (109) olarak gözlenmi tir. Bu çalı maların ilki geriye dönük dosya taraması ekinde yapılmı , di er ikisi ise ileri dönük çalı malardır. Çalı mamızda gözlemledi imiz oran Türkiye’de yapılan bu çalı malarla benzerlik göstermektedir. Sigara içen hastalarda hastaneye yatı sayılarının yüksek oldu u gösterilmi tir. Ayrıca yapılan bu çalı malarda sigaranın hastaların ya am kalitesini, i levselliklerini ve psikopatolojiyi olumsuz yönde etkiledi i görölmektedir (107, 108, 109).

Her iki gruptaki hastaların tümünün hastane yatı ı, ço unlu unun da 2-5 kez hastane yatı ı mevcuttu. BRSHH’da 272 hastanın katılımıyla yapılan bir çalı mada ortalama yatı sayısı 4.56 ± 4.87 olarak saptanmı tır (110). Çalı mamızda hastaneye yatı oranları literatürden biraz yüksek bulunmu olup çalı maya en az bir kez izofreni tanısı ile yatı ı olanların alınmı olması etken olabilir.

Her iki gruptada hastaların ço unlu unun ilaç kullanımını düzensizdi. Tedaviye uyum izofreni hastalarında kar ıla ılan en büyük problemlerden biridir. Uyumu bozan en önemli etmenler arasında; hastanın içgörü eksikli i, mevcut psikopatolojinin seyri, hastane yatı sayısının artması, ilaç yan etkileri, hastalık ve tedaviye ili kin yetersiz bilgi sahibi olma, hastanın sosyal deste inin yetersiz olması sayılabilir (100).

Her iki gruptada hastaların ço unlu unun intihar giri imi öyküsü yoktu. Çalı mamızda intihar giri imi öyküsü oranı literatürde belirtilen % 18-55 oranının ortalaması olarak görölmektedir. izofreni hastalarının yakla ık %40-50’ si ya amlarının bir döneminde en az bir kez intihar giri iminde bulunmakta, bu intihar giri imlerinin %10-15’ i ölümlle sonuçlanmaktadır. Özellikle ilk bir yıl bu hastalarda intihar giri imi oranı yüksektir. Hastaneye yatı /çıkı sayısı yüksek olan hastalarda ve

i levsellik kaybı yüksek olan hastalarda risk artmaktadır (111).

Hastalardaki ruhsal bozukluklara ba lı aktif belirti ve bulgular pozitif ve negatif sendrom ölçe i (PANSS) ile de erlendirilmi tir. PSBE öncesi ve sonrası PANNS pozitif belirtiler alt ölçe i her iki grupta de erlendirildi inde fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,116$). PANNS negatif belirtiler alt ölçe i, genel psikopatoloji alt ölçe i ve toplam de erler her iki grupta PSBE öncesi ve sonrası de erlendirildi inde fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$; $p<0,001$; $P=0,002$).

Ülkemizde izofreni hastaları ile yapılan psikososyal tedaviler ve sonuçları ile ilgili çalı malar sınırlıdır. Çalı maların ço u sadece e itim öncesi ve sonrası ölçek puanlarını kar ıla tırmaktadır ve kontrol grupları yoktur. Çalı mamızın en büyük avantajı kontrol grubunun olmasıdır ve çalı macının çalı ma ve kontrol grubunun rutin kontrol ve ilaç tedavi programlarına müdahil olmamasıdır. Bu durum e itim sonuçlarını de erlendirmede güvenilirli i arttırmaktadır. Deveci ve ark. tarafından 2007 yılında yapılan bir çalı mada hastalara PSBE uygulanmı ve sonuçları de erlendirilmi olup PANNS her 3 ölçek alt puanlarında anlamlı derecede azalma saptanmı tır (112). Yıldız ve ark. tarafından 2003 yılında yayımlanan ve izofreni hastalarıyla yürütülen sosyal beceri e itimine yönelik psikososyal rehabilitasyon çalı masında da ba langıç ve bitim PANSS puanları arasında anlamlı derecede fark oldu u bildirilmi tir (113). Goldman ve arkadaşları 1988 yılında yaptıkları ara tırmanın sonucunda negatif semptomların belirgin olarak azaldı nı belirleyip, psikoe itimin negatif semptomları azaltan ba lıca etkilerinin; hastadaki korkuları ve savunmacı tutumun de i tirmesi, özgüvenini arttırması, kendilerine yardım edebilmek için yardımcı yöntemler sunması, tedavi ekibi ile ileti mi arttırması ve tedaviye olan güvenini arttırması oldu unu öne sürmü lerdir (114). Moriana ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları ara tırmada ilaç tedavisine ek 6 ay PBE uygulanan 32 hastadan olu an bir grup ile sadece ilaç tedavisi uygulanan bir grup kar ıla tırılmı , kombinasyon tedavisi alan grubun Pozitif ve Negatif Belirtileri De erlendirme Ölçe i puanlarının anlamlı olarak daha fazla dü tü ü saptanmı tır (115). Çalı mamızda yapılan çalı malarla paralel olarak PANNS negatif semptomlar, genel psikopatoloji alt skalalarında ve PANNS toplam puanında e itim öncesi ve sonrası çalı ma ve kontrol grubu kar ıla tırıldı nda anlamlı dü ü izlendi, ancak pozitif semptomlar alt skalasında anlamlı bir dü me saptanmadı.

PSBE öncesi ve sonrası çalışmaları ve kontrol grubunun C DÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$). Deveci ve ark. tarafından 2007 yılında yapılan bir çalışmada hastalara PSBE uygulanması ve sonuçları değerlendirilmiştir olup C DÖ puanlarında anlamlı derecede azalma saptanmıştır (112).

Yıldız ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çok merkezli bir araştırmada toplam 38 hastadan oluşan 8 grup ile çalışılmıştır. Hastalara grup başlangıcında ve sonunda Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ), izofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği (SHYNÖ), İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği (TUÖ) ve programda yer alan ilk ve son testler uygulanmıştır. KPDÖ, SHYNÖ ve TUÖ puanlarında anlamlı bir düzelme saptanmıştır. Hastaların hastalıklarının tedavisi ve belirtileriyle ilgili bilgi düzeylerinde, ilaç tedavisine uyumlarında artış gözlenmiştir. Bu araştırma sonucunda sosyal becerilerle yaşam kalitesinin artması, grup ortamının da katkısıyla kazanılan diğer becerilerle birlikte yaşam kalitesinin artması ileri sürülmüştür (116).

Yıldız ve ark. yaptığı başka bir araştırmada 15 hasta standart ilaç tedavisi uygulanmış, 15 hastaya ek PSBE uygulanmış, araştırmanın başlangıcı ve sonunda PANNS, SHYNÖ, SÖ, İlevselliğin Global Değerlendirilmesi ölçekleri kullanılmıştır. Ölçek puanlarında anlamlı düzelme saptanmıştır (117).

Yıldız ve arkadaşlarının 2005'te yaptıkları ve kendi grup uygulamalarını değerlendirdikleri bir araştırmada hastaların hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi düzeylerinin artmasını, ailelerden alınan geri bildirimlere göre iletişim, toplumsallaşma, ilaç tedavisi ve hastalık belirtileri alanlarında daha etkin olduklarını saptamışlardır. Gruba katılan tüm hastalar aileleri tarafından hem iletişim ve toplumsallaşma alanlarında, hem de ilaç tedavisi ve belirtilerle baş etme alanlarında olumlu puanlar verilerek değerlendirilmiştir (118).

Grup tedavisi sonrası yapılan ölçümlerde SHYNÖ toplam puanı ile birlikte kişilerarası ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular ve kişisel yaşam/etkinlik alt ölçek puanlarında anlamlı düzeyde yükselme olması hastaların çoğu alanda yaşam kalitesinin artmasını göstermiştir. Becerilerle yaşam alanı bir izofreni hasta grubunda yaklaşık iki yıllık izlemde hastaların toplumsal İlevselliğinde eskiye göre anlamlı yaşam becerilerinin

kazandı ı gözlenmi tir (119).

Üçok ve ark.'nın 2002 yılında yaptıkları bir çalı mada 10 hastaya 1 yıl süre ile bütüncül yakla ımlı grup psikoterapisi uygulanmı , ara tırmada SHYNÖ puanlarında anlamlı artı gözlenirken, KPDÖ puanlarında düzelme saptanmamı tır (120).

Çalı mamızda içgörü üniter bir bütün olarak “var ya da yok” ekinde de il ça da içgörü anlayı ına göre ele alındı. ÜBDÖ uygulanan olgularda “tedavi kabulü ve istemi”, “hastalı ını bilme ve ruhsal hastalı ı oldu unu bilme”, “hastalı ı açıklama, hezeyanın do rulu una inanma, ya antılarını açıklama” ayrı ayrı de erlendirilerek skorlandı. Çalı mamızda PSBE öncesi ve sonrası çalı ma ve kontrol grubunun ÜBDÖ, TUDÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$; $p=0,001$).

PSBE öncesi ve sonrası çalı ma ve kontrol grubunun SHYNÖ ki iler arası ili kiler, ruhsal bulgular, ki isel e ya/faaliyetler alt skalaları ve SHYÖ toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,002$; $p<0,001$). Sonuçlar yapılan çalı malarla benzer bulunmu olup farklı olarak PSBE öncesi ve sonrası çalı ma ve kontrol grubunun SHYNÖ mesleki rol alt skalası puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,054$). Mesleki rol alt skalasında da anlamlı bir de i im elde etmenin hastaları daha uzun süre programda tutarak ve izleyerek mümkün olaca ı kanaatindeyiz.

izofrenide psikososyal tedavilerin hastanın içgörsünü, ilaç uyumunu ve ya am kalitesini olumlu yönde etkiledi ine dair birçok çalı ma mevcuttur (121, 122). izofreni hastalarında ya am kalitesinin bozuldu u, yeti yitimi ve i lev kayıplarının olu tu u iyi bilinmektedir. çgörü ruhsal hastalı ın farkına varmaktan, semptomların farkındalı ından, hastalı ın sosyal sonuçlarından, tedavisine kadar hastalı ın bir çok yönünü içeren bir kavramdır. PSBE programları izofreni hastalarında hastalık ile ilgili içgörü yü artırmakta, ya am kalitelerini yükseltmekte, toplumla bütünle melerini sa lamaktadır (123). Aslında bu kavramların hepsi hastalı ın seyri içersinde iç içe geçmi ve hepsi bir anlamda birbirini etkilemektedir. Psikosoyal tedavilerle hastalı ın seyrini etkileyecek birçok alanda düzeltme yapmanın hedeflenmesi çok büyük bir avantajdır.

Çalı mamızdaki hastaların içgörülerinin, ilaç uyumlarının ve ya am kalitelerinin artması zaten PSBE amaçlarından olup e itimde psikoz ve antipsikotik ilaç tedavisi, tedaviyi de erlendirmek, ilaç yan etkileri, uyarıcı i aretler, inatçı belirtileri tanımak ve ba etmek ile ilgili yapılan oturumları ile bire bir ili kilidir. Özellikle bu e itim tedaviye uymasına ra men pozitif ve negatif semptomları devam eden hastalarda ilaç reddini ve bu semptomlarla ba etmeyi hastalara ö retmektedir.

Çalı mada kullanılan ve hastaların günlük etkinliklerini, aile ve toplum içi etkile imlerini, toplumsal i levselliklerini de erlendiren di er ölçek sosyal i levsellik ölçe idir (S Ö). PSBE öncesi ve sonrası çalı ma ve kontrol grubunun S Ö sosyal çekilme, ki ilerarası i levsellik, öncül sosyal etkinlikler, bo zamanları de erlendirme, ba ımsızlık düzeyi (yetkinlik), ba ımsızlık düzeyi (performans), i /meslek alt skalaları ve S Ö toplam puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,002$; $p<0,001$; $p=0,001$; $p=0,002$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,027$; $p=0,001$). izofrenide negatif semptomlar sonucu mu i levsellik bozulmaktadır yoksa altta yatan daha temel bir nörokognitif kusur her iki alanda bozulmaya yol açmaktadır konusu tartı malıdır (124). izofreni ciddi yeti yitimine sebep olan, hastayı aile ve topluma ba ımlı kılan bir hastalıktır. Günümüzde izofreni yeti yitimine sebep olan sa lık problemleri arasında dokuzuncu sıradadır (125).

PSBE'nde ileti im becerilerini ve sorun çözmeye becerilerini geli tirmek ana hedefler arasında olup, hastaların grup ortamında aktif olarak e itime katılmaları, ya adıkları sorunları yalnız kendilerinin ya amadıklarını görmeleri, sorunlarını sa lık ekibi ve ailelerinden farklı insanlarla payla ma fırsatı bulmaları üphesiz hastaların i levselli ini geli tirmede çok büyük yarar sa lamaktadır.

izofreni hastalarında toplumsal yeti e itiminin ki ilerarası yetileri arttıraca ını ve büyük olasılıkla relapsları azaltaca ını ya da geciktirece ini gösteren çalı malar vardır (126, 127).

Glynn ve ark. 2002 yılında 63 hasta ile 60 hafta sürdürdükleri sosyal beceri e itimi modülünde %10 daha az relaps oranı ve hastaların hastalı ı yönetmede ve sosyal i levlerini arttırmada anlamlı sonuçlar bulmu lardır (128).

Yapılan çalı malarda Sosyal Beceri E itimi Modülünün etkin oldu u hastaların hastalıklarını anlamada ve kabul etmede daha ba arılı oldukları ve daha iyi göz teması kurabildikleri gösterilmiştir (129).

Tüm bu veriler çalı mamızı destekler niteliktedir. Ayrıca e itim ba nda ve sonunda uygulanan ve e itim sonucu geli meyi göstermesi öngörülen ön test/ son test sonuçları da olumlu yöndedir. PSBE öncesi ve sonrası çalı ma ve kontrol grubuna uygulanan ön test/son test arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

izofreni bireyde duygulanım, düşünme, algılama, davranış, toplumsal ilişkiler, iş yaşamı gibi alanları olumsuz olarak etkileyen; yeti yitimine neden olan, relapslarla giden kronik bir belirtiler kümesidir. İlaç tedavisi temel öneme sahip olmakla birlikte ruhsal toplumsal tedavi programlarıyla yeterince desteklenmediklerinde başarıları sınırlı kalmaktadır. izofrenin tedavisinde en uygun yöntem ilaç tedavisinin çeşitli, özgün ruhsal ve toplumsal girişimlerle bütünleştirilmesidir.

Çalışmamızda BRSHH'ne bağlı olarak çalışan Küçükçekmece Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde izofreni tanısı ile takip edilen 24 hastaya PSBE uygulanması ve sonuçları kontrol grubu ile kıyaslanmıştır.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz verileri şöyle özetleyebiliriz:

- 1.Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik ve hastalıkla ilgili demografik özellikleri benzer özellikler göstermektedir.
- 2.PSBE öncesi ve sonrası PANNS pozitif belirtiler alt ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark her iki grupta anlamlı bulunmamıştır. Bu durum verilen tedavinin pozitif belirtiler üzerinde azalma ya da artma eğiliminde bir değişiklik yapmadığını göstermektedir.
- 3.PANNS negatif belirtiler alt ölçeği, genel psikopatoloji alt ölçeği ve toplam puanlar her iki grupta PSBE öncesi ve sonrası değerlendirildiğinde fark anlamlı bulunmuştur. Bu durum verilen tedavinin negatif belirtiler üzerinde daha belirgin bir iyileşmeye yol açtığını göstermektedir.
- 4.PSBE öncesi ve sonrası çalışma ve kontrol grubunun C DÖ puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Verilen tedavi depresif belirtilerde hafiflemeye yol açmıştır.
- 5.PSBE öncesi ve sonrası çalışma ve kontrol grubunun ÜBDÖ puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Verilen tedavi hastaların içgörü kazanmasında olumlu etki göstermiştir.

6. PSBE öncesi ve sonrası çalışmaları ve kontrol grubunun TUDÖ puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Verilen eğitim hastaların tedavi uyumunu artırmıştır.
7. PSBE öncesi ve sonrası çalışmaları ve kontrol grubunun SHYNÖ kriterleri, ruhsal bulgular, kişisel eğilimler/faaliyetler alt skalaları ve SHYNÖ toplam puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Verilen eğitim yaşam kalitesini artırmıştır.
8. PSBE öncesi ve sonrası çalışmaları ve kontrol grubunun SHYNÖ mesleki rol alt skalası puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.
9. PSBE öncesi ve sonrası çalışmaları ve kontrol grubunun SÖ sosyal çekilme, kişilerarası ilişkiler, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık düzeyi (yetkinlik), bağımsızlık düzeyi (performans), iş/meslek alt skalaları ve SÖ toplam puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Verilen eğitim hastaların sosyal ilişkilerini artırmıştır.

Çalışmamızda uyguladığımız PSBE; literatürle uyumlu olarak hastanın lehine olan, tedavi ile düzeltilmesi planlanan birçok alanı kapsayan ve hastanın tedavisini ciddi anlamda güçlendiren bir programdır. Kronik bir hastalık olan şizofreni tedavisinde PSBE ve diğer psikososyal tedavi yaklaşımlarının yaygınlaştırılması ve devamının sağlanması faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Erturk A, izofreninin Nörobiyolojisi. Temel Psikofarmakoloji. 1.baskı. Yüksel N (ed). Ankara, 2010; s.354
2. Doğan O. izofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3:240-248.
3. Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. Schizophr Bull. 2000; 26(1):21-46.
4. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? Am J Psychiatry. 1996 Mar;153(3):321-30.
5. Elvevag B, Brown GD, McCormack T, Vousden JI, Goldberg TE. Identification of tone duration, line length, and letter position: an experimental approach to timing and working memory deficits in schizophrenia. J Abnorm Psychol. 2004 Nov;113(4):509-21.
6. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. Arch Gen Psychiatry. 2000 Mar;57(3):277-83.
7. Stenberg JH, Jaaskelainen IP, Røyks R, The effect of symptom self-management training on rehospitalization for chronic schizophrenia in Finland. Int Rev Psychiatry, 1998; 10: 58-61.
8. Liberman RP Social and Independent Living Skills: Medication-Management Module, Trainer's Manuel. UCLA Department of Psychiatry, Los Angeles, CA, 1996.
9. Liberman RP Social and Independent Living Skills: Recreation for Leisure Module, Trainer's Manuel. UCLA Department of Psychiatry, Los Angeles, CA, 1987.
10. Liberman RP Social and Independent Living Skills: Symptom Management Module, Trainer's Manuel. UCLA Department of Psychiatry, Los Angeles, CA, 1988.
11. Yıldız M izofrenide Psikososyal Beceri E itimi Uygulama Kılavuzu, İstanbul, PAREM, Kutu Grafik, 2001.

12. Buchanan RW, Carpenter WT. İzofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Sadock BJ, Sadock VA (eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, VolumII, (8th ed) (cev. ed. H Aydın, A Bozkurt). Güne Kitabevi, Ankara, 2007;1329-1512.
13. Conley RR, DL. K: Pharmacologic treatment of schizophrenia (3th ed). New York, Professional Communications Inc, 2007; 13-14.
14. Bhugra D. Psychiatry in ancient Indian texts: a review. History of Psychiatry 1992; 3: 167-18
15. Erkoç S. Tarihçe, İzofreni. Erkoç , Oral T (ed), Okuyanus Yayınları, İstanbul, 1998; 6-21
16. Soygür H. Cankurtaran SE. Damgalama ve Ruh Sağlığı: tarihsel süreç içinde bir bakış (ed.)Taşkın O., Stigma: Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar ve damgalama, İzmir, Meta Basım, 2007; 41-59
17. Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri. 'Synopsis of Psychiatry. Ninth edition'. Çeviri editörü: Hamdullah Aydın. 2. baskı., İstanbul: Güne kitabevi, 2005 134-154
18. Kaplan & Sadock Kaplan & Sadock's. Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. Eighth edition. USA, 1998; 375-456
19. Ceylan ME Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. İzofreni 1.cilt, 2.baskı, İstanbul, 2002; 14-31,76
20. Güleç C ve Köroğlu E, Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 1. Ankara: Hekimler Yayın Birliği,1997; 321-325
21. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, Leckman JF, Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi.'Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry'. Çeviri editörleri: Birsöz S, Karaman T. 1.baskı. Ankara: Güne kitabevi, 2003; 261-265.
22. Erdal I. Güncel Sizofreni. (1. baskı). Ankara, Format Matbaacılık. 2006; 18-60.
23. Cetin M, Ceylan ME. Sizofrenin tarihçesi. Ceylan E, Cetin M (editorler). Araştırma Ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Sizofreni-I Kitabında (4.baskı). İstanbul, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri. 2009; 83-86.
24. Harris EC, Barraclough B Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry, 1998; 173:11-53.

25. Hinterhuber H, Liensberger D, Epidemiology of schizophrenic disorders. Wien Med Wochenschr, 1998; 148(11-12):253-258
26. I ık E. Güncel izofreni. Birinci Baskı, Format Matbaacılık, Ankara, 2006; 17-53.
27. Robbins LN, Reigner DA. Psychiatric Disorders In America, New York. The Free Press, 1991.
28. Riecher-Rössler A, Fatkenheuer B, Löffler W. Is age of onset in schizophrenia influenced by marital status? Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol 1992; 27: 122-128
29. Tien AY, Eaton WW. Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 37-46
30. Crow TJ. Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? Br Med J 1980; 280: 66-88.
31. Koro lu E, Gulec C. Psikiyatri Temel Kitabı (2. baskı), Ankara, Hekimler Yayın Birli i, 2007; 184-204.
32. Shields J. Genetics. Wing JK (Ed). Schizophrenia: Towards a NewSynthesid. London: Academic Pres. 1978; 342-356.
33. Lander ES. Splitting schizophrenia. Nature. 1988; 336: 105-106.
34. Murray RM, Beveley AM, Mc Guffin P. Genetic vulnerability to Schizophrenia: scrutinizing the validity of the definition. Arch Gen Psychiatry. 1987; 44: 634-641.
35. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B. Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi, Güne kitabevi, Ankara, 2003
36. Lieberman AJ. Textbook of Schizophrenia. The American Psychiatric Publishing, Washington, 2006.
37. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Textbook of Schizophrenia First ed., American Psychiatric Publishing, Washington, 2006.
38. Miyamoto S, LaMantia AS, Duncan GE, Sullivan P, Gilmore JH, Lieberman JA. Recent advances in the neurobiology of schizophrenia. Mol Interv 2003; 3(1): 27-39.

39. Wright IC, Rabe-Hesketh S, Woodruff PWR, David AS, Murray RM, Bullmore ET. Metaanalysis of regional brain volumes in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:16-25.
40. Fannon D, Chitnis X, Doku V, Tennakoon L, O'Ceallaigh S, Soni W, Sumich A, Lowe J, Santamaria M, Sharma T. Features of structural brain abnormality detected in first-episode psychosis. *Am J Psychiatry*. 2000 Nov;157(11):1829-34.
41. McDonald C, Grech A, Touloupoulou T, Schulze K, Chapple B, Sham P, Walshe M, Sharma T, Sigmundsson T, Chitnis X, Murray RM. Brain volumes in familial and non-familial schizophrenic probands and their unaffected relatives. *Am J Med Genet*. 2002 Aug 8;114(6):616-25.
42. Menon RR, Barta PE, Aylward EH, Richards SS, Vaughn DD, Tien AY, Harris GJ, Pearlson GD. Posterior superior temporal gyrus in schizophrenia: grey matter changes and clinical correlates. *Schizophr Res*. 1995 Aug 1;16(2):127-35.
43. Andreasen NC, Rezai K, Alliger R, Swayze VW 2nd, Flaum M, Kirchner P, Cohen G, O'Leary DS. Hypofrontality in neuroleptic-naive patients and in patients with chronic schizophrenia. Assessment with xenon 133 single-photon emission computed tomography and the Tower of London. *Arch Gen Psychiatry*. 1992 Dec;49(12):943-58.
44. Ingvar DH, Franzen G. Abnormalities of cerebral blood flow distribution in patients with chronic schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1974; 50: 425-462.
45. Silbersweig DA, Stern E, Frith C, Cahill C, Holmes A, Grootenck S, Seaward J, McKenna P, Chua SE, Schnorr L, et al. A functional neuroanatomy of hallucinations in schizophrenia. *Nature*. 1995 Nov 9;378(6553):176-9.
46. van Os J, Krabbendam L, Myin-Germeys I, Delespaul P. The schizophrenia envirome. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18: 141-145.
47. Goldberg EM, Morrison SL. Schizophrenia and social class. *Br J Psychiatry* 1963; 109: 785-802.
48. Wiersma D, Giel R, De Jong A, Sloof CJ. Schizophrenia and social class in a Dutch cohort. *Psychol Med*. 1983;13: 141-150.
49. Harrison G, Gunnell D, Glazebrook C, Page K, Kwiecinski R. Association between schizophrenia and social inequality at birth: case—control study. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 346-350.

50. Byrne M, Agerbo E, Eaton WW, Mortensen PB. Parental socio-economic status and risk of first admission with schizophrenia: A Danish national register based study. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39: 87–96.
51. Wicks S, Hjern A, Gunnell D, Lewis G, Dalman C. Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: A national cohort study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1652–1657.
52. Selten JP, Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia? *Br J Psychiatry* 2005;187: 101-102.
53. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh w de Graaf R, van Os J. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 38–45.
54. Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T, Singleton N, Farrell M, Jenkins R, Lewis G, Meltzer H. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry.* 2004 Sep;185:220-6.
55. Spataro J, Mullen P, Burgess P, Wells D, Moss A. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry* 2004;184: 416–421.
56. Kroll J. Posttraumatic symptoms and the complexity of responses to trauma. *JAMA* 2003;290: 667–670.
57. Myin-Germeys I, van Os J. Stress-reactivity in psychosis: evidence for an affective pathway to psychosis. *Clin Psychol Rev* 2007;27: 409–424.
58. Malmberg A, Lewis G, David A, Allebeck P. Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 1998;172: 308.
59. Geddes JR, Verdoux H, Takei N, Lawrie SM, Murray RM. Individual patient data metaanalysis of the association between schizophrenia and abnormalities of pregnancy and labour. *Schizophr Bull* 1999; 25: 413-23.
60. Amerikan Psikiyatri Birli i Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-4 TR). Amerikan Psikiyatri Birli i, Washington DC. Köro lu E (Çeviri Ed.) ,Hekimler Yayın Birli i, Ankara, 2000.

61. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlar ve Tanı Kılavuzları. Dünya Sağlık Örgütü. Öztürk O, Ulu B(Çeviri Ed.), Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği, 1993.
62. Foerster A, Lewis S, Owen M, Premorbid Adjustment and Personality in Psychosis: Effects of sex and diagnosis. *Br J Psychiatry*, 1991; 158:171-176
63. Conley RR, Kelly DL Pharmacologic Treatment of Schizophrenia, 2003; 13-20-21, 107-127, 209-217[76].
64. Häfner H Gender differences in Schizophrenia. *Psychoendocrinology*, 2003; 28(Suppl 2):17-54
65. Tandon R, Jibson M, Taylor SF, DeQuardo JR The pathophysiology of positive and negative symptoms in schizophrenia. In: *Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia*. Shricqui C, Nasrallah HA (Eds.). Washington DC: Cambridge University Press, 1995; 109-124
66. Miller DD, Tandon R The biology and pathophysiology of negative symptoms. In: *Negative Symptoms of Schizophrenia*. Keefe R, McEvoy J (Eds.). Washington DC: American Psychiatric Association Press, 2000; 163-186
67. Harvey PD, Keefe RSE Cognitive impairment in schizophrenia and implications of atypical neuroleptic treatment. *CNS Spectrums*, 1997; 2:41-55
68. Öztürk O, Ulu ahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11.Basım. Ankara:Nobel Tıp Kitapevleri, 2008, 242-323.
69. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Ninth edition. New York: Lippincott Williams&Wilkins, 2003,205-209.
70. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları: İizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara, I. Baskı Ekim 2007; 186, 384.
71. DeQuardo JR, Tandon R Do atypical antipsychotic medications favorably alter the long-term course of schizophrenia? *J Psychiatric Res*, 1998; 32:229-242
72. Üçok A. Sizofreninin Erken Doneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11(Ek 1):3-8
73. Tandon R, Milner K, Jibson MD Antipsychotics from theory to practice: integrating clinical and basic data. *J Clin Psychiatry*, 1999; 60(Suppl. 8):21-28

74. pekçi S, Birsoz S. Sizofrenide Farmakolojik Tedavi. Psikiyatri Dunyası. 1999; 3: 91-95.
75. Ya cıo lu AEA. Sizofreni Tedavisi ve Antipsikotik laclar. Turkiye Klinikleri. 2005;1 (12):49-57.
76. Kane JM. The current status of neuroleptic therapy. J Clin Psychiatry. 1989; 50(9):322-328.
77. Cetin M. Sizofreni Tedavisinde Gelineen Nokta: Tipik Ve Yeni Antipsikotikler Ne Kadar Basarılılar? . Turkiye Klinikleri Psikiyatri Ozel Dergisi. 2010; 3 (2): 45-56
78. Tomruk NB, Oral T. Elektrokonvulsif tedavinin klinik kullanımı: Bir gozden gecirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8:302-309.
79. National Institute of Mental Health. NIMH Consensus Statement on Electroconvulsive Therapy. 1985; 5:1-23.
80. Weiner RD. The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging: A Task Force Report of the American Psychiatric Association: Amer Psychiatric Pub Inc; 2001.
81. Do an O. Sizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklasımlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3:240-248.
82. Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. Schizophr Bull. 2000; 26(1):21-46.
83. Bustillo J KS, Lauriello J. Schizophrenia: psychosocial treatment. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2000; 1210- 1217.
84. Yıldız M. Sizofrenide Psikososyal Tedaviler. Turkiye Klinikleri. 2005; 1(12).
85. Flashman LA, Green MF. Review of cognition and brain structure in schizophrenia: profiles, longitudinal course, and effects of treatment. Psychiatr Clin North Am. 2004 Mar;27(1):1-18, vii. Review.
86. Penadés R, Boget T, Lomeña F, Bernardo M, Mateos JJ, Laterza C, Pavía J, Salamero M. Brain perfusion and neuropsychological changes in schizophrenic patients after cognitive rehabilitation. Psychiatry Res. 2000 Apr 10;98(2):127-32.

87. Do an S, Do an O, Tel H ve ark: izofrenide psikososyal yaklaşım. Bahar Sempozyumları VI, Kongre Bildirileri Özet Programı, (24-28 Nisan 2002, Antalya) s. 137.
88. Dixon L, Adams C, Lucksted A: Update on family psychoeducation for schizophrenia. Schizophr Bull 2000; 26(1):5-20.
89. Van Putten T, May PR: Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy: the consumer has a point. Arch Gen Psychiatry 1978; 35:477-480.
90. Lehman AF, Steinwachs DM and PORT coinvestigators: At issue: translating research into practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Team (PORT) treatment recommendations. Schizophr Bull 1998; 24(1):1-10.
91. Yıldız M: izofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminde Çerik ve Etkinlikler. Klinik Psikiyatri 2001; 4: 119-123
92. Kostako lu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. Pozitif ve negatif sendrom ölçe inin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirli i. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14: 23-32.
93. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, et al. The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1990; 157:853-859.
94. Yaprak Erakay S: izofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ölçe i (S Ö) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirli inin araştırılması. Uzmanlık tezi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Klini i, zmir, 2001.
95. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, Çelli , Calgary izofrenide Depresyon Ölçe i'nin Türkçe versiyonunun güvenilirli i ve geçerlili i. Nöropsikiyatri Ar ıvi 2000;37(2):82-86.
96. Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, Çelli , Calgary izofrenide Depresyon Ölçe i'nin Türkçe versiyonunun duyarlılı ı ve özgüllü ü. Nöropsikiyatri Ar ıvi 2000;37(4):210-213.
97. Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT. The quality of life scale: An Instrument for Rating the schizophrenic deficit syndrome. Schizophr Bull. 1984; 10:388-398.

98. David AS. Insight and psychosis. British Journal of Psychiatry 1990;156:798-808.
99. Arslan S, Günay Kılıç B, Karakılıç H ve ark. çgörünün Üç Bile enini De erlendirme Ölçe i: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalı ması. Türkiye'de Psikiyatri 2001;3:17-24.
100. Aker T, Üstünsoy S, Ku u N, Yazıcı A. Psikotik bozuklu u olan hastalarda tedaviye uyum ve ilaç tedavisine uyumsuzlu u de erlendirme ölçe i, 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Poster Bildirisi, 2000.
101. Saka MC, Atba o lu EC. izofreni Epidemiyolojisi, izofreni ve Di er Psikotik Bozukluklar. Haldun Soygür, Köksal Alptekin, E. Cem Atba o lu, Hasan Herken (editörler); Türkiye Psikiyatri Derne i Bilimsel Çalı ma Birimleri Dizisi No.6 2007; 18
102. Kaplan & Sadock. Klinik Psikiyatri El Kitabı 2. baskı; Güne kitabevi, stanbul, 2005.
103. McEvoy JP, Lieberman JA, Stroup TS, DavisSM, Meltzer HY, Rosenheck RA, Swartz MS, Perkins DO, Keefe RSE, Davis CE, Severe J, Hsiao JK. for the CATIE Investigators. Treatment effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic. Am J Psychiatry 2006;163:600-610.
104. T.C Ba bakanlık Türkiye statistik Kurumu, Haber Bülteni, Sayı 129, 2011.
105. Klinik Psikiyatri 2008;11(Ek 5):3-8Ahmet Tiryaki. izofrenide Ruhsal Toplumsal Risk Etmenleri Üzerine Ele tirel Bir Gözden Geçirme Dr. Ece UÇANAY SÖNMEZ
106. Levent SEV NÇOK. izofreni Dizisi 2000;1:5-10 izofreni Etyolojisinde Psikososyal nedenler.
107. Kar ıda Ç, Alpay N, Kocabıyık A. izofreni ve sigara ba ımlılı ı. Dü ünen Adam; 2005, 18 (1): 13 -20.
108. Bo gelmez , Yıldız M. izofrenide günlük sigara tüketimi, ili kili de i kenler ve bir grup hastada bir yıllık izleme çalı ması. XIII. Sosyal Psikiyatri Kongresi kongre tam metin kitabı, Editör: Selçuk Kırılı, Bursa, Uluda Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2006; s:443-451

109. Uzun O, Cansever A, Baso lu C, Oz ahin A. Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up study in Turkey. *Drug Alcohol Depend.* 2003 May 21;70(2):187-92.
110. Özalmete ÖA, Ceylan ME, Özalmete O, Sevim ME. Yatan izofreni Hastalarında Çoklu Antipsikotik Kullanımı, *Nöropsikiyatri Ar ıvi Dergisi* 2010; 47: 23-28.
111. I ık E. izofreni ve Depresyon. *Güncel izofreni.* 2. Baskı içinde. Ankara: G.M. Matbaacılık ve Ticaret A. ., 2007:266–272.
112. Deveci A, Esen-Danaci A, Yurtsever F, Deniz F, Gürlek Yüksel E. [The effects of psychosocial skills training on symptomatology, insight, quality of life, and suicide probability in schizophrenia]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2008 Fall;19(3):266-73. Turkish.
113. Yıldız M, Tural U, Kurdo lu S, Emin Onder M. [An Experience of a Clubhouse run by Families and Volunteers for Schizophrenia Rehabilitation]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2003 Winter;14(4):281-7. Turkish.
114. Goldman CR, Quinn FL (1988) Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 39:282–286
115. Moriana JA, Alarcón E, Herruzo J. In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2006 Feb;57(2):260-2.
116. Yıldız M, Yazici A, Unal S, Aker T, Ozgen G, Ekmekçi H, Duy B, Torun F, Unsal G, Co kun S, Sipahi B, Cakil G, Eryıldız M. [Social skills training in psychosocial therapy of schizophrenia: a multicenter study for symptom management and medication management modules]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2002 Spring;13(1):41-7. Turkish.
117. Yıldız M, Veznedaroglu B, Eryavuz A ve ark. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. *Int J Psych Clin Pract*, 2004; 8: 1-7.
118. Yıldız M, Yüksel AG, Erol A (2005) izofrenide ruhsal ve toplumsalbeceri e itimi uygulaması. Grup e itimi deneyimleri. *Türkiye’de Psikiyatri*, 2005; 7: 25-32.
119. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G ve ark. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry*,1998; 155:1087-1091.

120. Üçok A, Atlı H, Çetinkaya Z ve ark. izofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: bir yıllık uygulama sonuçları. *Nöropsikiyatri Arivi*,2002; 39: 113-118.
121. Guimon J, The use of group programs to improve medication compliance in patients with chronic diseases. *Patient Education and Counseling*, 1995; 26: 189–193.
122. Hornung P, Holle R, Schulze Monkling H, et al, Psychoedukative psychotherapeutische behandlung von schizophrenen patienten und ihren bezugspersonen [Psychoeducational intervention of schizophrenic patients and their self-report]. *Nervenarzt*, 1995; 66:828–834.
123. Roder V, Brenner HD, Müller D, Lächler M, Zorn P, Reisch T, Bösch J, Bridler R, Christen C, Jaspen E, Schmidl F, Schwemmer V. Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002 May;105(5):363-71.
124. Ciudad Antonio A, Olivares JM. Improvement in social functioning in outpatients with schizophrenia with prominent negative symptoms treated with olanzapine or risperidone in a 1 year randomized, open-label trial. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* Dec; 2006; 30(8):1515-22
125. Murray CJL, Lopez AD (Editors). The global burden of disease. Summary. Harvard University Pres, 1996.
126. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ. Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *Am J Psychiatry*. 1986 Apr;143(4):523-6.
127. Benton MK, Schroeder HE. Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol*. 1990 Dec;58(6):741-7.
128. Glynn SM, Marder SR, Liberman RP, Blair K, Wirshing WC, Wirshing DA, Ross D, Mintz J. Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2002 May;159(5):829-37.
129. Razali SM, Hasanah C , Khan UA, Subramanian M. Psychosocial interventions for schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 2000; 9:3:283-290.

8. EKLER

EK 1 - ETİK KURUL ONAYI



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

SAYI : 41340010/62546-359
KONU: Etik Kurul Başvurusu Hakkında

03.12.2013

KARAR

Sayın Asist. Dr. Lütfiye SÖĞÜTLÜ,

İlgi: 02.12.2013 tarih ve 62546 sayılı Etik Kurul başvuru dilekçeniz,

İlgi yazınızda bilgileri verilen "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Psikososyal Beceri Eğitimi Uygulanması ve Sonuçları" başlıklı klinik araştırma başvuru dosyanız ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanızın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

<i>Etik Kurul Üyeleri</i>	<i>Katılım Durumu</i>	<i>Onay</i>
BASKAN Uz. Dr. Nihat ALPAY Psikiyatri Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu		
Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ Nöroloji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu	Senelik izinde	Senelik izinde
Doç. Dr. Erhan EMEL Nöroşirürji Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu		
Doç. Dr. M. Cem İLNEM Psikiyatri Kliniği 7. Ünite Koordinatörü ve Eğitim Görevlisi		
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ Psikiyatri Kliniği 2. Ünite Koordinatörü ve Eğitim Görevlisi		
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK Psikiyatri Kliniği 14. Ünite Koordinatörü ve Eğitim Görevlisi		

EK 2 – POZ T F VE NEGAT F SENDROM ÖLÇE

1= Yok 2= Çok 3= Hafif 4= Orta 5= Orta/Ağır 6= Ağır 7=Çok ağır

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ							
P1. Sanrılar	1	2	3	4	5	6	7
P2. Düşünce dağınıklığı	1	2	3	4	5	6	7
P3. Varsanılar	1	2	3	4	5	6	7
P4. Taşkınlık	1	2	3	4	5	6	7
P5. Büyüklük duyguları	1	2	3	4	5	6	7
P6. Şüphencilik/kötülük görme	1	2	3	4	5	6	7
P7. Düşmanca tutum	1	2	3	4	5	6	7

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ							
N1. Duygulanımda küntleşme	1	2	3	4	5	6	7
N2. Duygusal iççekilme	1	2	3	4	5	6	7
N3. İlişki kurmada güçlük	1	2	3	4	5	6	7
N4. Pasif/kayıtsız biçimde kendini toplumdandan çekme	1	2	3	4	5	6	7
N5. Soyut düşünme güçlüğü	1	2	3	4	5	6	7
N6. Konuşmanın kendiliğinden ve akıcı olmasının kaybı	1	2	3	4	5	6	7
N7. Sterotipik düşünme	1	2	3	4	5	6	7

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ							
G1. Bedensel kaygı	1	2	3	4	5	6	7
G2: Anksiyete	1	2	3	4	5	6	7
G3. Suçluluk duyguları	1	2	3	4	5	6	7
G4. Gerginlik	1	2	3	4	5	6	7
G5. Manyerizm ve vücut durumu	1	2	3	4	5	6	7
G6. Depresyon	1	2	3	4	5	6	7
G7. Motor yavaşlama	1	2	3	4	5	6	7
G8. İşbirliği kuramama	1	2	3	4	5	6	7
G9. Olağan dışı düşünce içeriği	1	2	3	4	5	6	7
G10. Yönelim bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G11. Dikkat azalması	1	2	3	4	5	6	7
G12. Yargılama ve içgörü eksikliği	1	2	3	4	5	6	7
G13. İdare bozukluğu	1	2	3	4	5	6	7
G14. Dürtü kontrolsüzlüğü	1	2	3	4	5	6	7
G15. Zihinsel aşırı uğraşı	1	2	3	4	5	6	7
G16. Aktif biçimde sosyal kaçınma	1	2	3	4	5	6	7

PUANLAMA: Pozitif belirtiler:

Negatif belirtiler:

Genel psikopatoloji:

Toplam:

EK 3 - SOSYAL LEVSELLİK ÖLÇE

Hasta Formu

S M: _____

Bu ölçek hastalanmanızdan bu yana ne durumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır.
Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

1. Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

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

SOSYAL UĞRAŞI / SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama _____

Hafta sonu ortalama _____
(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

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

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler

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

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

-

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

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

-

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

Onlardan kaçınma

Huzursuz olma

Onları kabul etme

Onlardan hoşlanma

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var?
(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu v.b.)

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

Evet / Hayır

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

Hemen hemen hiç

Nadiren

Bazen

Sık sık

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

Çok kolay

Oldukça kolay

Orta

Oldukça zor

Çok zor

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

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

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

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

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

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

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - YETKİNLİK

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

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

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - PERFORMANS

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

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

İŞ / MESLEK

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

Evet / Hayır

(altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE:

Ne tür bir iş?-----

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? -----

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz?-----

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştınız?-----

Ne tür bir işti?-----

Haftada kaç saat çalışırdınız?-----

Özürülü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi?

EVET / HAYIR (altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz?

EVET / HAYIR (altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

*

Kesinlikle evet / Zorlanırım / Kesinlikle hayır

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

*

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

EK 4- YA AMN TEL ÖLÇE

Değerlendirme Formu

Hastanın adı soyadı:

Tarih:

Görüşmecinin adı soyadı:

1- Evdeki ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
2- Arkadaşlık ilişkileri	0	1	2	3	4	5	6
3- Tanıdık edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
4- Sosyal aktiviteler	0	1	2	3	4	5	6
5- Sosyal bağlar	0	1	2	3	4	5	6
6- Girişkenlik	0	1	2	3	4	5	6
7- Toplumdan uzaklaşma	0	1	2	3	4	5	6
8- Karşı cinsle ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
9- Mesleki role uyum	0	1	2	3	4	5	6
10- Başarı	0	1	2	3	4	5	6
11- Potansiyelini kullanma	0	1	2	3	4	5	6
12- Mesleki doyum	0	1	2	3	4	5	6
13- Amaç edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
14- Motivasyon	0	1	2	3	4	5	6
15- Çevreye ilgi	0	1	2	3	4	5	6
16- Anhedoni	0	1	2	3	4	5	6
17- Zaman kullanımı	0	1	2	3	4	5	6
18- Kişisel eşyalar	0	1	2	3	4	5	6
19- Günlük faaliyetler	0	1	2	3	4	5	6
20- Eşduyum	0	1	2	3	4	5	6
21- Görüşmeci ile etkileşim	0	1	2	3	4	5	6

I-KİŞİLERARASI İLİŞKİLER (1-8) :

II- MESLEKİ ROL (9-12) :

III- RUHSAL BULGULAR (13-17, 20-21) :

IV- KİŞİSEL EŞYA/FAALİYET (18,19) :

TOPLAM :

EK 5- LAÇ TEDAVİSİNE UYUMSUZLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

HASTANIN

Adı Soyadı : Tanısı (DSM-IV-TR):
Yaşı: Hastalık süresi:
Cinsiyeti: Hastaneye yatış sayısı:
Mesleği: Kullandığı ilaçlar:
Öğrenim düzeyi: Kontrolde geliş çekişi (yalnızca çocuklar için):
Medeni hali: Oturduğu yer (semit, ilçe, il):
Doğum yeri (il):

A. KİŞİNİN PSİKİYATRİK DURUMUYLA DOĞRUDAN İLGİLİ OLAN NEDENLER

1. İÇGÖRÜ / Kişi hasta niteliğine düşmemiştir için ilaç kullanmamaktadır.
2. PSIKOPATOLOJİ / Hasta ilaçlarını mevcut psikiyatrik durumu nedeniyle kullanmamaktadır (örn. zehirlenme korkusu gibi konak görme, vücuduna dülzene cihazi yerleştirileceği gibi bez-yantısı bulamamaktadır.)
3. HASTALIGIN SEYRİ / Hasta, hastanede bulunduğu tedaviden fayda görmediği, hastalığı kötüye gittiği, hastalığında herhangi bir düzelme görmediği için ilaç kullanmamaktadır.
4. KURUNTULAR, KORKULAR / Hasta, ilaç tedavisi sırasında numunizesasyon ile ilgili yaklaşımların etkisi / ortaya çıkması veya bağlanabilir yapısı korkuları nedeniyle ilaç kullanmamaktadır. (Hastanın çeşitli kuruntuları vardır ve ilaç kullanımı psikotik düzeyde olmayan bu düşüncelerini ateşlendirmektedir.)

97

B. KİŞİNİN PSİKİYATRİK DURUMUYLA DOĞRUDAN İLGİLİ OLMAYAN NEDENLER

5. YAN ETKİLER / Hasta, ilaçlarını yan etkileri nedeniyle kullanmamaktadır (teşviki belirtiler).
6. İLAÇ REJİMİ / Hasta, ilaç rejimine uymakta güçlüğü için ilaçlarını kullanmamaktadır (örn. unutkanlık veya gündüzlük yaşamına gün içinde bölünmüş dozlarla ilaç kullanmasını güçleştirilmesi, gece uykusuzluğu yaşamaması, iyileşme nedeniyle 4x1 3x1 gibi rejimlere uyumunun zaman zaman güç olması, oruçlu olması gibi nedenlerle önerilen saatlerde ilaçlarını almaması güç olmaktadır.)
7. SOSYAL, ÇEVRESEL, DESTEK / Hasta, belirli bir sosyal ve/veya çevresel desteğe sahip olmadığı için ilaçlarını kullanmamaktadır. (örn. yalnız yaşadığı için ilaçlarını almak konusunda yakınlarından yardım görememesi, ilaç alması amaçlanmadığına ilişkin zaman çevresinde hastırılacak kimse yoktur, yaşadığı bölgede erişime bulunmamaktadır, ilaçları satın alması güç olmaktadır.)
8. EKONOMİK GÜÇLÜKLER / Hasta, yaşadığı ekonomik güçlükler nedeniyle ilaç alamadığı için kullanmamaktadır.
9. BİLGİLENME, YORUMLAMA / Hasta, ilaç kullanımı konusunda yeterli / yanlış bilgilendirildiği, yakınımları geçici olarak ilaç kullanmasını gerekli olduğunu düşünmediği, ayrıca bir süre kullanmayı anlattığı bulduğu için ilaç kullanmamaktadır.
10. BÖLGESİNİN ve HASTANENİN ŞARTLARI / Hasta yaşadığı yerin ve muayene edildiği hastanenin şartları nedeniyle ilaç kullanmamaktadır. (örn. oturduğu yerin hastaneye olan uzaklığı nedeniyle ulaşım güçlüklerinin bulunması ya da psikotikite uzun süre sıra beklenmesini verdiği stantya yaşamamak için hastaneye gitmek istememesi, her gelişinde farklı doktorlar tarafından muayene edilmesini tedaviye olan güvenini sarsması, doktorların kendisine fazla zaman ayırmaması gibi)
11. RUHSAL RAHATSIZLIĞA KARŞI TUTUMU / Hasta, ruhsal rahatsızlığı nedeniyle ilaç kullanmadığını anlamamasından çekindiği / oturdığı için ilaç kullanmamaktadır.
12. SOSYAL YAŞANTI / Hasta, sosyal yaşantısını engelleyeceği düşüncesiyle ilaç kullanmamaktadır. (örn. evlenince, çocuk sahibi olma, çalışma gibi)
13. KÜLTÜREL İNANÇLAR ve ENGELLER / Hasta, kültürel yanlış inançları nedeniyle ilaç kullanmamaktadır. (örn. "hoca"lardan fayda göreceğine inanmaktadır, ilaçlar hatı hikelerinde yapıldığı için kullanmamaktadır.) ya da Ramazan aylarında oruçlu olması nedeniyle ilaç kullanımı konusunda güçlükleri olduğu için kullanmamaktadır.

98

14. ÇEVRESEL İLAÇ KARŞI TUTUMU / Hasta, ailesi, çevresi ve yakınlarının ilaç kullanımı konusunda olumsuz tutumları nedeniyle ilaç kullanmamaktadır (örn. ailesi hastanın ilaç kullanımını istemiyordur.)
15. TEDAVİ KONUSUNDA BASKI / Hasta kendi iradesi olmadan / zorla tedaviye başlatılmaması veya ilaçları kullanması konusunda ailesi ve doktorları tarafından baskı yapılmaması dışında tepki nedeniyle ilaç kullanmamaktadır.

Hastanın ilaç tedavisine uyumunu bozan diğer etkenleri belirtiniz.

İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMSUZLUĞUN BÜTÜNSEL DEĞERLENDİRMESİ

0 1 2 3

(Hastanın tedaviye uyumu: 0 =:

1 bir miktar

2 kısmen

3 tamamen bulunmamaktadır.)

DEĞERLENDİRME

0: tedaviye uyumu etkilenmemektedir

1: az

2: orta derecede

3: çok etkilenmektedir.

Yanıtı uygun rakamı ilgili maddeyi sonuna ekleyiniz.

İlaç Tedavisine Uyumsuzluğu Değerlendirme Ölçeği Yanıt Formu

A.

1. 0 1 2 3

2. 0 1 2 3

3. 0 1 2 3

4. 0 1 2 3

B.

5. 0 1 2 3

6. 0 1 2 3

7. 0 1 2 3

8. 0 1 2 3

9. 0 1 2 3

10. 0 1 2 3

11. 0 1 2 3

12. 0 1 2 3

13. 0 1 2 3

14. 0 1 2 3

15. 0 1 2 3

Bütünsel değerlendirme:

0 1 2 3

Uyumsuzluk şiddetini değerlendirme ölçeği:

0 1 2 3 4

EK 6- ÇGÖRÜNÜN ÜÇ B LE EN N DE ERLEND RME ÖLÇE

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

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

"Hastalığınız bir parçası" =2

"Yorgunluk ve stres" gibi di ş olaylara bağlıyorsa =1

Dış güçlere bağlıyorsa (Delizyonel olabilir) =0

EK soru: durumlarınızda insanlar size inandıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= "Yalan söylüyorlar."

1= "Ne söylerse söylesinler hala kendimi emir, hissedirim."

2== "Kafam karşı ve ne düşüneceğimi bilemem."

3= "Bende bir hata olduğumu düşünürüm."

4= "İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum"

3

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

Sıklıkla = 2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)

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

Hiç bir zaman =

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

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

Sıklıkla = 2 (uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)

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

Hiç bir zaman = 0 (Tedaviyi her zaman uyandıran sonra kabul ediyorsa.)

2a. Hastaya sorunuz: "Bir hastalığınız olduğunu düşünmüyorsunuz?" ya da "Bazı sorunlarımız olduğunu düşünmüyorsunuz?" (mental, fiziksel, belirlenmemiş)

Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş)

Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu arada düşünmüş)

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

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

2b. Hastaya "bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?" şeklinde sorunuz. (2a.nin maddeleri geçerlidir.)

Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu birçok günler, günün çoğunda düşünmüş)

Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu arada düşünmüş)

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

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

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

Kanışık, tam anlamadığı kulaaktan duyma açıklamalar ya da "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar =1

Delüzyonel açıklamalar =0

3a.(özgü hezeyan) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünmüyor musunuz?" diye sorunuz. Ya da "..... (özgü halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünmüyor musunuz?"

Sıklıkla = 2 (Bazı günler, günün çoğunda düşünmüş)

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

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

EK 7- CALGARY ZOFREN DE DEPRESYON ÖLÇE

Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi [KENDİ KELİMELERİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

0. Yok

1. Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder

2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygudurum: Her gün var

3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi, yoksa hâlâ çaba göstermek için neden var mı?

0. Yok

1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hâlâ gelecek için belli düzeyde umut taşıyor

2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor

3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

Değersizlik duygusu: Başka insanlarla karşılaştığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0. Yok

1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var, değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor

2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor, ama zamanın yarısından azında

3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri: Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanrılarını dışlayın)

0. Yok

1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez

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

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

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

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

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

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

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

8) Özkıyım: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamın hiçbir içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten özünüzü kaybetmişsiniz mi?

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

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

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

0. Yok

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

EK 8- SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Görüşme tarihi:

Hasta çalışma no:

Hastanın Adı Soyadı

Cinsiyeti:

1-Erkek

2-Kadın

Yaşı:

Doğum yeri

Memleketi

Doğduğu bölge:

1-Köy

2-ilçe

3-şehir

Çocukluğunun geçtiği bölge:

1-Köy

2-ilçe

3-şehir

Çalışıyor mu?

1-Evet

2- hayır

Daha önce çalıştı mı?

1-Evet

2-hayır

Düzenli çalışma hayatı var mı?

1-Evet

2-hayır

Aylık gelir düzeyi:

1- 0-500tl

2-501-1500tl

3-1501-2500tl

4-2500tl'den fazla

İçinde büyüdüğü ailenin gelir düzeyi

Düşük

orta

iyi

Sosyal güvence:

1- var

2- yok

Sosyal güvence türü:

1-SGK

2-emekli

3-2022

4-yeşil kart

5-malulen emekli

6-isteğe bağlı

7-diğer

Eğitim:

1-hiç okula gitmemiş

2-ilkokul

3-ortaokul

4-lise

5- üniversite

- Medeni Hali: 1-bekar 2-evli 3-dul (eşi ölmüş) 4- boşanmış-ayrı
- Çocuk sayısı: Kardeş sayısı: Kaçınıcı Çocuk:
- Göç öyküsü: 1-var 2-yok
- Göç öyküsü varsa: 1- 0-10 yaş aralığı 2- 10-18 yaş arası 3- 18 yaş sonrası
- Askerlik yaptı mı? 1- evet 2- hayır (ise)
- Askerlikten neden ayrıldığı: 1-Ruhsal hastalık 2-fiziksel hastalık 3- diğer
- Hastalık başlangıç yaşı: 1- 0-10 yaş arası 2- 10-18 yaş arası 3- 18 yaş ve üstü
- Hastalık başlangıcından ilk tedaviye kadar geçen süre:
- Hastaneye yatışı var mı? 1- var 2-yok
- Hastaneye yatış sayısı: 1- 1 defa 2- 2 ile 5 kez 3- 5 ten fazla
- Düzenli ilaç kullanımı: 1-var 2-yok
- Eşlik eden başka psikiyatrik hastalık 1-var 2-yok
- Bilinen fiziksel bir hastalığı var mı? 1- var 2-yok
- Hastanın adli öyküsü: 1- var 2-yok
- Hastada özkıyım öyküsü: 1- var 2-yok
- Var ise kaç defa???
- Var ise neyle? 1-ası ile 2-ilaçla 3-yüksekten atlama 4-kesici aletle 5-ateşli silahla 6-diğer
- Sigara kullanım öyküsü: 1-var 2-yok
- Alkol kullanım öyküsü : 1-var 2-yok
- Madde kullanım öyküsü: 1-var 2-yok
- Çocukluğunda (18 yaşına kadar) Kim(ler)le yaşadığı:
- 1-anne-baba 2-yalnız anne 3-yalnız baba 4-birinci derece akraba ile
- Çocukluğunu geçirdiği ev ortamı nasıldı? 1-geniş aile 2-çekirdek aile
- Çocukluğunun geçtiği ev(ler)deki toplam oda sayısı:
- Çocukluğunun geçtiği ev(ler)de kendisine ait odası var mıydı?
- 1-Evet 2-Hayır

Hayır ise odayı kim(ler)le paylaştığı?

Şuan birlikte yaşadığı kişiler:

1-anne-baba 2-anne 3-baba 4-kardeş 5-eş 6- yalnız başına

Anne: 1-Sağ 2-Ölü (ise ölüm tarihi)

Yaşı

İş durumu: 1-çalışıyor 2-çalışmıyor

Medeni hali: 1-evli 2- dul 3- boşanmış

Eğitim 1-yok 2-ilkokul 3- ortaokul 4- lise 5-üniversite

Psikiyatrik hastalık 1-var 2- yok

Var ise tanısı: 1-psikotik bozukluk 2-bipolar 3- depresyon 4-anksiyete bozukluğu

Fiziksel hastalık 1-var 2-yok

Sigara kullanım öyküsü: 1-var 2-yok

Alkol kullanım öyküsü : 1-var 2-yok

Madde kullanım öyküsü: 1-var 2-yok

Baba: 1- Sağ 2-Ölü (ise ölüm tarihi)

Yaşı

İş durumu: 1-çalışıyor 2-çalışmıyor

Medeni hali: 1-evli 2- dul 3- boşanmış

Eğitim 1-yok 2-ilkokul 3- ortaokul 4- lise 5-üniversite

Psikiyatrik hastalık 1-var 2- yok

Var ise tanısı: 1-psikotik bozukluk 2-bipolar 3- depresyon 4-anksiyete bozukluğu

Fiziksel hastalık 1-var 2-yok

Sigara kullanım öyküsü: 1-var 2-yok

Alkol kullanım öyküsü : 1-var 2-yok

Madde kullanım öyküsü: 1-var 2-yok

EK 9- ÖN TEST / SON TEST

Aşağıdaki her cümle için DOĞRU (D) ya da YANLIŞ'ı (Y) işaretleyiniz.

1. Eğer bir doz ilacımı almayı unutursam bir sonraki dozda iki doz birden alırım D Y
2. Yan etkiler için verilen ilaçlar hastalığımı tedavi etmede de yardımcı olurlar D Y
3. Eğer 6 ay boyunca ilaçlarımı her gün düzenli alırsam iyileşirim, sonra da ilaç almaya gerek kalmaz D Y
4. İlacı aldığım sürece alma saatinin bir önemi yoktur D Y
5. Ağzım kurursa ve uyuklamaya başlarsam bile ilacımı almaya devam etmeliyim D Y
6. Kendimi iyi hissettiğim günlerde de ilaçlarımı almalıyım D Y
7. Eğer ilacımı almaya uzun yıllar devam edersem ona bağımlı olurum D Y
8. İlaç yan etkileri asla kontrol edilemez D Y
9. İlacımı düzenli aldığım sürece asla tekrar hastalanmam D Y
10. Grup-tedavi seanslarına ve diğer tedavi programlarına katıldığımda ilaç tedavisinden daha iyi yararlanırım D Y
11. Yeni bir alevlenmenin başlayacağını haber veren bazı belirtiler vardır D Y
12. Düzenli olarak ilaç kullanılmasına rağmen hastalığın bazı belirtileri devam edebilir D Y
13. Hastalığım ağırlaştığında biraz alkol almam yararlı olur D Y
14. Yeni bir alevlenme olasılığını ilaç kullanmaya devam ederek azaltabilirim D Y
15. Hastalığımla başa çıkmamda çevremdeki insanların bana bir yardımı olmaz D Y
16. Eğer kendimi huzursuz hisseder ve yerimde oturamazsam bu durumda aldığım ilaçları kesmeliyim D Y
17. İlaç almama rağmen inatçı belirtiler yaşayabilirim, bunlarla başa çıkmak için ilaç dışında da bir şeyler yapabilirim D Y
18. Alkol ve uyuşturucu kullanmak hastalığımla başa çıkmayı kolaylaştırır D Y
19. Kendi tecrübelerimden yararlanarak benzer hastalığı olan bir arkadaşıma güvenle ilaç tedavisi uygulayabilirim D Y
20. Hastalık tekrar şiddetlenmeye başladığında hiç dışarı çıkmadan streslerden uzak kalarak hastalığın yatışmasını beklemeliyim D Y