



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ERGOTERAPİ ANABİLİM DALI
ERGOTERAPİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PSİKOTİK BOZUKLUK NEDENİYLE YATIŞI YAPILAN
PSİKİYATRİ HASTALARINDA
KİŞİ MERKEZLİ ERGOTERAPİ MÜDAHALELERİNİN
BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ, SAĞLIK ALGISI VE
PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLER ÜZERİNE ETKİSİ**

Esra ALAN

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sevda ASQAROVA**

İSTANBUL-2022

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ERGOTERAPİ ANABİLİM DALI
ERGOTERAPİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PSİKOTİK BOZUKLUK NEDENİYLE YATIŞI YAPILAN
PSİKİYATRİ HASTALARINDA
KİŞİ MERKEZLİ ERGOTERAPİ MÜDAHALELERİNİN
BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ, SAĞLIK ALGISI VE
PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLER ÜZERİNE ETKİSİ**

Esra ALAN

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sevda ASQAROVA**

İSTANBUL-2022

ÖZET

PSİKOTİK BOZUKLUK NEDENİYLE YATIŞI YAPILAN PSİKİYATRİ HASTALARINDA KİŞİ MERKEZLİ ERGOTERAPİ MÜDAHALELERİNİN BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ, SAĞLIK ALGISI VE PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLER ÜZERİNE ETKİSİ

Ruh sağlığı ve hastalıklarında psikososyal yaklaşımlardan birisi ergoterapi müdahaleleridir. Bu çalışma, yatarak tedavi gören organik olmayan psikoz tanısı almış hastalarda kişi merkezli ergoterapi müdahalelerinin bağımsızlık düzeyi, sağlık algısı ve psikopatolojik belirtiler üzerine etkisini analiz etmek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmaya hastaneye yatış sırası takip edilerek 17'si müdahale, 17'si kontrol grubunu oluşturan 34 kişi dahil edildi. Yatış ve taburculuk haftalarında; Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Nottingham Sağlık Profili, Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği kullanıldı. Kontrol grubu farmakolojik tedavi ile birlikte günaydın (Psikolog) ve tünaydın (Ergoterapist) toplantılarına, psikolog ve doktor görüşmelerine, atölye çalışmalarına, bahçe saatlerine ve servis içerisinde grup aktivitelerine (Ergoterapist) katıldı; müdahale grubu tüm bu çalışmalarla eş zamanlı olarak haftada 2 kez kişi merkezli ergoterapi seanslarına katıldı. Araştırma sonucunda müdahale grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında kişilerin davranış ve motivasyon seviyesinin daha fazla geliştiği görüldü. Kişilerin pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel psikopatoloji, temel günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık, duygusal reaksiyon, sosyal izolasyon, uyku kalitesi, enerji, görsel mekansal/yönetici işlevler, adlandırma, dikkat, soyut düşünme, kısa süreli hafıza ve yönelim alanlarında gelişme saptandı ($p<0,05$). Ağrı, fiziksel aktivite, lisan becerisinde anlamlı bir fark gözlenmedi ($p>0,05$). Bu bulgular doğrultusunda, psikotik bozukluğa bağlı olarak yatarak tedavi gören hastalarda kişi merkezli ergoterapi müdahalelerinin bağımsızlık düzeyinin, sağlık algısının gelişmesinde ve psikopatolojik belirtilerin gerilemesinde etkili olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçlarının taburculuk sonrası takip çalışmaları ile desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ergoterapi, Kişi merkezli yaklaşım, Fonskiyonel bağımsızlık, Sağlık algılama, Psikopatoloji

ABSTRACT

THE EFFECT OF CLIENT-CENTERED OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTIONS ON THE LEVEL OF INDEPENDENCE, HEALTH PERCEPTION AND PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN PSYCHIATRIC PATIENTS INSTALLED FOR PSYCHOTIC DISORDER

In this study, the effect of client-centered occupational therapy interventions on independence, health perception and psychopathological symptoms in inpatient patients diagnosed with non-organic psychosis was analyzed. The study included 34 participants, 17 of whom constituted the intervention group and 17 of whom constituted the control group, following the order of hospitalization. During hospitalization and discharge weeks; Vona du Toit Creative Skills Model, Positive and Negative Syndrome Scale, Barthel Index of Activities of Daily Living, Nottingham Health Profile, Montreal Cognitive Assessment Scale were used. The control group participated in psychosocial approaches that included good morning (psychologist) and good afternoon (occupational therapist) meetings, psychologist and doctor interviews, workshops, garden hours and group activities (occupational therapist) in the service. Simultaneously with these studies, the intervention group participated in client-centered occupational therapy sessions 2 times a week. As a result of the research, it was observed that the behavior and motivation level of the people in the intervention group improved more than the control group. Improvements were detected in the areas of positive symptoms, negative symptoms, general psychopathology, independence in basic activities of daily living, emotional reaction, social isolation, sleep quality, energy, visuospatial/executive functions, naming, attention, abstract thinking, short-term memory and orientation ($p < 0,05$). There was no significant difference in pain, physical activity and language skills ($p > 0,05$). With these findings, it has been seen that the level of independence of person-centered occupational therapy interventions in inpatient patients with psychotic disorder is effective in the development of health perception and the regression of psychopathological symptoms. As a result of the research, it is recommended that individuals discharged from the hospital should be supported with follow-up studies after discharge.

Key Words: Occupational therapy, Client-centered approach, Functional independence, Health perception, Psychopathology

TEŞEKKÜR

Lisanüstü eğitimim sırasında ve yüksek lisans tez çalışmamın planlanması, uygulaması ve yazım sürecinde desteğini her zaman hissettiğim; bir anne samimiyeti, hoşgörüsü ve sabrı ile yaklaşan; bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşarak desteğini ve güler yüzünü benden esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Sevda ASQAROVA'ya,

Tez çalışmamın izin alma ve uygulama safhasında bana yardımcı olan, çıkmazda hissettiğim zamanlarda desteğini her zaman hissettiğim ve biriminde çalışmaktan gurur duyduğum Sayın Doç. Dr. Oya GÜÇLÜ'ye,

Tezimin araştırma ve yazım aşamalarında verdikleri öneriler ve sonsuz destekleri için arkadaşlarım Erg. Uğur ARSLAN'a, Erg. Amine KALKAN'a, Erg. Esra PEKEL'e, Hem. Esra KÖPRÜLÜ'ye, Psk. Çetin DAŞLI'ya, Psk. Eylül SUCULARLI'ya ve sevgili dostum Erg. Zeynep Özüm USLU'ya,

Devam eden tez çalışmamda bilgi, tecrübe ve destekleğini hissettiğim tez yazım sürecimde yaşadığım stresle başa çıkmama yardımcı olan çalışma arkadaşım Erg. Ceylan DURMAZ'a,

Tez sürecinde ailelere ulaşmamı sağlayan çalışma arkadaşlarım Tıbbi Sekreterlerimiz Mine HANOĞLU ve Hacer SERT'e,

İstatistik analizimi gerçekleştiren Ege Üniversitesi İstatistik mezunu Senem DEMİRCAN'a,

Hayatımın her alanında bana disiplini, özveriyi, vazgeçmemeyi ve mücadele etmeyi aşılayan abim Gümrük Müşaviri Emre ALAN'a; maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, tez yazım aşamasında evde kendi aktivitelerini kısıtlayarak bana sessiz bir ortam hazırlayan annem Nezire KARACA'ya,

Terapi sürecinde hayat hikayelerini benimle paylaşan, tez çalışmamın var olma sebebi olan, görüşmeyi kabul eden hastalarım ve ailelerine ayırdıkları kıymetli zaman ve katkıları için

Sonsuz teşekkürler

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.



27.07.2022

Esra ALAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Psikoz Nedir?	3
2.1.1. Psikozda bağımsızlık düzeyi.....	7
2.1.2. Psikozda sağlık algısı	8
2.1.3. Pozitif, negatif belirtiler ve psikopatoloji	9
2.2. Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikozla Giden Diğer Bozukluklar	11
2.2.1. Tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk (F28).....	13
2.2.2. Tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk (F29)	14
2.3. Epidemiyoloji.....	14
2.4. Etiyoloji.....	15
2.5. Klinik Özellikler	17
2.6. Prognoz	18
2.7. Tedavi Yöntemleri	19
2.7.1. Farmakolojik tedavi	19
2.7.2. Elektrokonvulsif tedavi (EKT).....	20

2.7.3. Psikososyal müdahaleler	21
2.8. Ruh Sağlığında Ergoterapi	22
2.8.1. Okupasyon	24
2.8.2. Kişi merkezli ergoterapi programı	26
2.8.3. Ergoterapide grup çalışmaları	27
2.8.4. Ergoterapi uygulama alanları	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Tipi	36
3.2. Araştırma Merkezi	36
3.3. Bireyler	36
3.4. Veri Toplama Araçları	37
3.4.1. Sosyo-demografik form.....	37
3.4.2. Vona du to it yaratıcı beceriler modeli yarı yapılandırılmış görüşme formu	37
3.4.3. Pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PNSÖ)	38
3.4.4. Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi	38
3.4.5. Nottingham sağlık profili	39
3.4.6. Montreal bilişsel değerlendirme ölçeği (MoCA).....	39
3.5. Müdahale	40
3.6. İstatistiksel Analiz.....	42
4. BULGULAR.....	43
4.1. Power Analizi	43
4.2. Sosyo-Demografik Verilere Ait Bulgular.....	44
4.3. Güvenirlilik Analizi	46
4.4. Davranış ve Motivasyon Seviyelerine İlişkin Bulgular	47
4.5. Pozitif, Negatif Belirtiler ve Genel Psikopatoloji İle İlgili Bulgular	50
4.6. Temel Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık Düzeyine Ait Bulgular	52
4.7. Sağlık Algısı İle İlişkili Bulgular	53

4.8. Bağımsız Hareket Etmek İçin Gerekli Kognitif Becerilere İlişkin Bulgular	57
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
KAYNAKLAR	69
EKLER	78
Ek 1. Tez Çalışması için Üsküdar Üniversitesi Etik Kurul Onayı.....	78
Ek 2. İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma İzni.....	79
Ek 3. Aydınlatılmış Hasta Onam Formu (Kontrol Grubu)	80
Ek 4. Aydınlatılmış Hasta Onam Formu (Müdahale Grubu).....	81
Ek 5. Aydınlatılmış Aile Onam Formu (Kontrol Grubu)	82
Ek 6. Aydınlatılmış Aile Onam Formu (Müdahale Grubu).....	83
Ek 7. Sosyo-Demografik Form.....	84
Ek 8. Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli Değerlendirme Formu	85
Ek 9. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ).....	87
Ek 10. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi	88
Ek 11. Nottingham Sağlık Profili	89
Ek 12. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği.....	91
Ek 13. Özgeçmiş	92

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Psikoz hastalarında ortaya çıkan hezeyanlar ve açıklamaları.....	5
Tablo 2: Tip 1 ve tip 2 şizofreni arasındaki farklar.....	9
Tablo 3: Şizofreni açılımı kapsamında psikozla giden diğer bozukluklar ve kodlar	12
Tablo 4: Ergoterapistlerin planlamalar yaparak müdahalede bulunduğu temel alanlar	23
Tablo 5: Ergoterapi grup çalışmalarının bilimsel ve sanatsal yönleri.....	28
Tablo 6: Sosyal beceri eğitimi uygulama programları ve içerikleri.....	31
Tablo 7: Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	44
Tablo 8: Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi sonuçları.....	46
Tablo 9: Vona du toit yaratıcı beceriler modeli puanlarının karşılaştırılması	47
Tablo 10: Kontrol grubunun müdahale öncesi ve sonrası motivasyon seviyeleri.....	48
Tablo 11: Müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası motivasyon seviyeleri	49
Tablo 12: Pozitif ve negatif sendrom ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 13: Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi puanlarının karşılaştırılması.....	52
Tablo 14: Nottingham sağlık profili puanlarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 15: Montreal bilişsel değerlendirme ölçeği puanlarının karşılaştırılması.....	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1: Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi	26
Şekil 2: Power Analizi.....	43



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AJOT : Amerikan Ergoterapi Dergisi

AOTA : Amerikan Ergoterapi Derneği

APA : Amerikan Psikiyatri Birliği

DSM-V : Tanısal ve İstatistiksel El Klavuzu 5. Sürümü

ICD : Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması

TGPS : Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi

EKT : Elektrokonvülsif Tedavi

GYA : Günlük Yaşam Aktiviteleri

YGYA : Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri

PNSÖ : Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

NSP : Nottingham Sağlık Profili

MoCA : Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği

MR : Mental Retardasyon

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, 2004) ruh sağlığını, ‘‘Psikolojik iyilik hali ile birlikte kişinin kendini gerçekleştirebilme, günlük yaşamındaki stresli olaylarla başa çıkabilme, bağımsızlığını sürdürebilme ve çevresine olumlu katkılarda bulunabilme durumu’’ şeklinde açıklamıştır. Ruh sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla çalışan ergoterapistler; müdahalede buldukları kişi ile ilişkili olan ve bir rutin halinde sürdürdüğü aktivitelere, kişinin geliştirmek istediği becerilere ve kişiden gerçekleştirmesi beklenen görevlere odaklanırlar (Kannenbergh ve ark., 2010). Günlük yaşam aktiviteleri eğitimi, sosyal beceri eğitimi, mesleki beceri eğitimi ve kognitif rehabilitasyon ruh sağlığı alanında görev alan ergoterapistlerin çalışma alanlarından bazılarıdır (Ashby ve ark., 2017).

Literatür araştırmaları sonucunda günlük yaşam aktivitelerini, kognitif becerileri, sosyal becerileri ve psikopatolojik belirtileri değerlendiren ergoterapi çalışmalarının yapıldığı görülmüştür (Evans ve Salim, 1992; Henry ve Coster, 1996). Yatarak tedavi gören hastalarla yapılan çalışmaların ise yetersiz olduğu ve organik olmayan psikoz tanısı almış kişilerin tercih edilmediği, çoğu araştırmanın şizofreni tanısı almış kişilerle yapıldığı farkedilmiştir (Jones, 2021; Linkie ve Evetts, 2021; Tan ve ark., 2020). Ergoterapinin tanınması sonucunda her geçen gün daha fazla danışana ulaşılmaktadır.

Türkiye’de ergoterapi birimi özel bir hastanede ilk kez Prof. Dr. Nevzat TARHAN’ın destekleri sonucunda Nöropsikiyatri İstanbul Beyin Hastanesi’nde kurulmuştur. Yapılması planlanan tez çalışmamız İstanbul Başakşehir am ve Sakura Şehir Hastanesi’nde yatarak tedavi gören organik olmayan psikoz tanısına sahip hastalarda kişi merkezli ergoterapi müdahalelerinin; davranış ve motivasyon seviyelerine etkilerini; yatış endikasyonu olan pozitif ve negatif belirtilere, psikopatolojik belirtilere etkilerini; toplumsal kabul edilebilirliğin artmasına yardımcı olan beslenme, yıkanma, kendine bakım ve kıyafetlerin düzenli değiştirilmesi başta olmak üzere temel günlük yaşam becerilerindeki etkilerini; sağlık algısını şekillendiren somatik yakınmalara, sosyal becerilere, duygu durumuna, enerji durumuna, uyku kalitesine ve gerçekleştirilen aktivitelerde yaşanılan problemlere etkilerini; bilişsel beceriler olarak adlandırılan kısa süreli hafıza, visuospatial yetenekler, yürütme işlevleri, dikkat, konsantrasyon, zaman ve mekana yönelim ve çalışma hafızasına etkilerini araştırmak amacıyla planlandı.

Araştırma sürecinde yatış sırası takip edilerek eşit sayıda kontrol ve müdahale grubu oluşturulması ve müdahale grubundaki kişilerle rutin planlamalara ek olarak haftada 2 kez (ortalama 45dk) bireysel ergoterapi seansı gerçekleştirilmesi planlandı. Her iki gruba da yatış ve taburculuk haftalarında Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Nottingham Sağlık Profili ve Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği uygulanılarak karşılaştırma yapılmasına karar verildi. Yapılacak çalışma sonucunda; kişi merkezli planlama yapılarak gerçekleştirilen ergoterapi müdahalelerinin psikopatolojik belirtilerin daha hızlı gerilemesine yardımcı olarak sağlık algısını olumlu yönde etkileyeceği ve günlük yaşamdaki bağımsızlığı artırarak aktivite performansının gelişmesine yardımcı olacağı ön görülmektedir (Bejerholm ve Eklund, 2007; Odes ve ark., 2011; Read ve ark., 2018). Bu doğrultuda belirlenen hipotezler aşağıdaki gibidir:

- H0₁: Ergoterapi müdahalelerinin motivasyon seviyesi, temel günlük yaşam aktiviteleri ve kognitif beceriler ile ilişkili bağımsızlık düzeyi üzerinde etkisi yoktur.
- H0₂: Ergoterapi müdahalelerinin sağlık algısını şekillendiren ağrı, sosyal izolasyon, duygusal reaksiyon, uyku, fiziksel kapasite, enerji ve aktivite katılım kısıtlılıkları üzerinde etkisi yoktur.
- H0₃: Ergoterapi müdahalelerinin negatif belirtiler, pozitif belirtiler ve psikopatolojik belirtiler üzerinde etkisi yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikoz Nedir?

Psikoz kelimesinin Latince karşılığı ‘‘Psychosis’’ şeklindedir. ‘Psyche’’ ve ‘‘Osis’’ kelimelerinin birleşiminden oluşmuştur. Bu kelimelerin detaylandırılması, psikoz kelimesinin anlaşılmasını da kolaylaştıracaktır. Psyche; psikoloji, psikiyatri, ruh, zihin gibi anlamlara gelmektedir. Osis; bedenimizdeki sağlıklı olmayan, hastalık bulaşmış hücreleri ve bölgeleri belirtmek için kullanılmaktadır (Zick ve ark., 2022). Bu iki kelimeyi birleştirdiğimizde psychosis kelimesinin akıl ve ruh sağlığı, psikolojik rahatsızlıklar ve psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu söyleyebiliriz (Gründer ve Benkert, 2011; Zick ve ark., 2022).

Psikoz kelimesinin anlaşılması için yüzyıllardır araştırmalar devam etmektedir ve ilk yazılı metinlere Alman Dr. Karl Friedrihz Canstatt tarafından 1842-1846 yılları arasında yazılmış olan ‘‘Handbuch der Medizinischen Klinik’’ isimli kitapta rastlanmaktadır. Psikoz kelimesi bu kitapta ruh sağlığında ortaya çıkan beyin hastalıkları şeklinde tanımlanmıştır (Farrell, 2018). Yıllar içerisinde farklı araştırmalar yapılmış olsa da 19. yy sonlarına kadar psikoz kelimesinin anlamı netlik kazanamamıştır (Farrell, 2018; Gründer ve Benkert, 2011).

Günümüzde psikoz, DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) gibi listelerde sıkça kullanılmaktadır; farklı hastalık gruplarında, belirtiler listelerinde karşımıza çıkmaktadır (O’Keeffe ve ark., 2022). Görsel ve işitsel varsanıların eşlik ettiği ve/veya hezeyanlar içerebilen gerçeklik algısındaki bozulmalarla karakterizedir (Üçok, 2009: 132).

Psikozda düşünceleri toparlamakta zorluk, dezorganize davranış ve düzensiz konuşma gibi bireyi ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyecek belirtiler gözlenmektedir. Eşlik eden kognitif etkilenimler ile aktivite performans kapasitesi düşmektedir. Sosyal ve mesleki işlevsellik azalmakta, kişiler iç dünyalarına çekilmekte, rollerini yerine getirememekte ve rutinlerini sürdürememektedir. Bu durum bir süre sonra bireyin toplumdan dışlanmış biri haline dönüşmesine sebep olmaktadır (Abaoğlu ve ark., 2020; Turunç, 2021: 24). Atak sonucunda konulan tanı, cinsiyet, semptomların başladığı yaş, devam etme süresi, şiddeti,

önceki deneyimler, hastalık öncesindeki işlevsellik düzeyi ve sosyal destek seviyesi hastalık sonrasındaki süreci şekillendiren bazı değişkenlerdir (Henry ve Coster, 1996).

Düşünce içeriğindeki bozulmalar olan hezeyanlar, psikotik bozuklukların tanı kriterlerinden birisidir ve hastalığın doğasını anlamak için yol göstericidir. Psikoz hastalarında ortaya çıkan hezeyanlar Tablo 1’de detaylı şekilde açıklanmıştır (Şahin, 2009: 26). Hezeyanlar, bizar ve nonbizar olarak ikiye ayrılır. Her iki tür de akla ve mantığa uymamakta, kanıtlar sunulsa bile kişi tarafından savunulmaya devam edilmekte ve diğer insanlar tarafından kabul edilememektedir (Bal ve Hacıosman, 2019; Calabrese ve ark., 2020).

- Bizar Hezeyanlar: Olması mümkün olmayan inanç ve düşüncelerin genel başlığıdır. Koltuk altına çip takılması, mavi maskenin küfür edilmesini engellemesi, lambalardan uzaylıların gelmesi, ışınlanma yeteneğine sahip olduğuna inanmak örnek verilebilir (Bal ve Hacıosman, 2019; Calabrese ve ark., 2020).
- Nonbizar Hezeyanlar: Günlük yaşamda karşılaşılabilen olaylardır ancak mevcut durum için gerçek dışıdır. Kanıtların kişiye sunulduğu durumda da yanlış inanışlar ve algılar savunulmaya devam etmektedir. Komşuları tarafından kendisine büyü yapıldığına inanmak, ailesi tarafından zehirlendiğini düşünmek, eşinin telefonunda kayıtlı olan tüm karşı cinslerle kendisini aldattığına inanmak, ailesinin yanından ayrıldığı zaman ailesinin zarar göreceğini düşünmek örnek verilebilir (Bal ve Hacıosman, 2019; Calabrese ve ark., 2020).

Hezeyanların sebep olduğu olumsuz düşünceler kişide korkuya, şüpheye, diğer kişilerden uzaklaşmaya sebep olmakta; günlük yaşam aktivitelerine adaptasyonu olumsuz yönde etkilemekte ve işlevselliği düşürmektedir. Kişinin hayatına sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için hezeyanların belirlenmesi ve tedavi edilmesi gerekmektedir (Nathou ve ark., 2019; Pardede ve ark., 2020).

Deneyimlenen hezeyanlar duygu durumu ile uyumlu veya uyumsuz olabilmektedir. Ailesi tarafından zehirlendiğini düşünen birisinin depresyonda olması, takip edildiğini ve öldürüleceğini düşünen birisinin korkması, eşi tarafından aldatıldığına inanan birisinin hayal kırıklığı yaşıyor olması duygu durumuna uygun olan hezeyanlara örnek verilebilir. Kendisinin peygamber, babasının Allah olduğunu düşünen bir kişinin intihar etme düşüncelerinin olması; bütün insanların kimlik değiştirdiğini ve kendisini kandırmaya

çalıştıklarını düşünen birisinin çok mutlu ve heyecanlı olması ise duygudurumuna uygun olmayan hezeyanlara örnek verilebilir (Aşık ve Barlas, 2016; Şahin, 2009: 29).

Tablo 1: Psikoz hastalarında ortaya çıkan hezeyanlar ve açıklamaları (Şahin, 2009: 26)

HEZEYAN TÜRÜ	AÇIKLAMASI
Erotomanik Hezeyan	Gerçekte böyle bir durum olmadığı halde özellikle kendisinden daha üstün olarak gördüğü bir kişi tarafından sevildiğine, kendisine aşık olunduğuna inanma durumu. Örneğin: Doktorunun kendisine ilgi duyduğunu ve aşık olduğunu düşünme.
Grandiyöz Hezeyan	Diğer insanlardan farklı, güçlü ve seçilmiş kişi olduğuna inanma durumudur. Kişi kendisini diğer insanlardan daha üstün görmektedir. Bu durum düşünce, davranış ve insan ilişkilerini şekillendirmektedir.
Hipokondriak Hezeyan	Ortopedik veya nörolojik bir hastalığı olmadığı halde hasta olduğuna inanma ve bilimsel kanıtlar sunulduğunda da hasta olduğuna dair düşüncelerin devam ediyor olması durumu. Toplumda "Hastalık Hastası" olarak da adlandırılırlar. Örneğin: Bağışsıkların çalışmadığına inanma.
Mignon Hezeyan	Daha iyi, daha ilgili veya daha ünlü kişilerin kendi anne babası olabileceğine inanma ve savunmaya dair düşüncelerdir. Kişi ailesinin kendisinin gerçek ailesi olmadığını savunmaktadır.
Nihilistik Hezeyanı	Hiçlik durumu. Kişinin kendisinin hiç var olmadığına, etrafındaki kişilerin ve olayların gerçektir olmadığına inanması durumudur. Örneğin: Hastanede yatan bir hastanın telefon görüşmelerinde kendisine ailesinin ses kaydının dinletildiğini düşünmesi durumu.
Perseküsyon Hezeyanı	Diğer kişiler tarafından zarar göreceğine, tehlikede olduğuna dair inanışlardır. Örneğin: Ailesi tarafından zehirlenme, sokakta takip edilme düşünceleri.

Tablo 1: Psikoz hastalarında ortaya çıkan hezeyanlar ve açıklamaları (Şahin, 2009, s: 26) (devam)

HEZEYAN TÜRÜ	AÇIKLAMASI
Paylaşılmış Hezeyan	Kişide meydana gelen hezeyanın aile, arkadaş veya çevredeki herhangi bir sosyal destek ağı tarafından paylaşılması durumu. Hezeyanın pekiştirilmesine sebep olur.
Referans Hezeyan	Kişinin çevredeki olaylardan anlam çıkarması ve kendisi ile ilgili olduğunu düşünmesi durumudur. Örneğin: Haberler, etrafta çalınan müzikler, insanların konuşmaları, sokaktaki afişler, karşılaşılan olaylar...
Jalüzik Hezeyan	Elinde kanıt olmadığı ve böyle bir durum yaşanmadığı halde ufak olaylardan anlamlar çıkararak duygusal ilişki yaşadığı kişinin kendisini aldattığını düşünme durumudur. Örneğin: 78 yaşındaki bir erkeğin 75 yaşındaki eşi ile 30 yaşındaki alt komşusunun apartman merdivenlerine aynı anda çıktığına inanma durumu.
Somatik Hezeyan	Kişinin bedeni ile ilgili gerçek dışı yakınmalarının olması durumudur. Örneğin: Omurganın her harekette kırıldığı düşünme, bir kolunun daha kısa olduğuna, dayanılmaz ağrılar içinde olduğuna inanma.
Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanı	Olan olaylar ve gelecekteki felaketlerden kendisinin sorumlu olduğunu düşünme durumudur. Örneğin: Konuşursa, evden çıkarsa cinlerin tüm insanlara musallat olacağını düşünme; kendisi yüzünden bir çocuğun öldürüldüğünü düşünme.
Yoksulluk Hezeyanı	Kişinin kendisini fakir, değersiz görme durumudur. Eşyalarının çalındığına, kaybolduğuna inanmaktadır.
Schneider Hezeyanları	Şizofrenide daha sık gözlenen ve birden fazla alt gruptan oluşan hezeyanlardır.
• Düşüncelerin Çekilmesi	Diğer insanlar veya görünmeyen varlıklar tarafından düşüncelerin zihinden alınmasına dair inanışlardır.
• Düşüncelerin Okunması	Diğer insanların kişinin kendi aklından geçenleri bildiğine inanması durumudur.

Tablo 1: Psikoz hastalarında ortaya çıkan hezeyanlar ve açıklamaları (Şahin, 2009, s: 26) (devam)

HEZEYAN TÜRÜ	AÇIKLAMASI
• Düşünce Sokulması	Kişinin düşüncelerini kontrol edemediğine, diğer insanlar tarafından değiştirildiğine inanması.
• Düşüncelerin Yayınlanması	Kişinin kendi düşüncelerinin TV, dergi, gazete, sosyal medya vb. yerlerde halka açık şekilde paylaşıldığını ve bunlara tüm insanların ulaşabildiğini düşünmesi durumudur.
• Edilgen Duygular	Kişinin duygularını kontrol ederek yönlendiremediğine dair inanışlarıdır.
• Edilgen Dürtüler	Kişinin kendisine görevler verildiğini düşünmesi durumudur. Olaylar kendi kontrolü ve isteği dışında gelişmektedir. Örneğin: Ölüm listesinin sinyaller yollanarak beynine kodlarla yüklenmesi.
• Edilgen Eylemler	Kişinin davranışlarını kontrol edemediğine dair inanışlarıdır. Örneğin: Büyülü bir oyuncak bebek ile bağlantılı hareket etmek
• Kontrol Edilme Hezeyanları	Kişinin duygu, düşünce ve davranışlarının kontrolünün kendisinde olmadığına inanması durumudur. Diğer insanlar veya görünmeyen varlıklar tarafından yönlendirildiğine inanmaktadır.

2.1.1. Psikozda bağımsızlık düzeyi

Ruh sağlığı bozulmuş ve tanı almış kişilerde hayattan algılanan tatmin, performans kapasitesi ve bağımsızlık düzeyi yaşamın şekillenmesinde etkilidir. Bağımsızlık düzeyi sağlık çalışanları için mevcut kapasitenin, etkilenimin anlaşılmasında yol göstericidir (Bilge ve ark., 2020). Bu nedenle yatarak tedavi gören hastalarda bağımsızlık seviyesini artırmaya katkı sağlayan yaklaşımlar uygulanmakta, kişiler taburculuğa hazırlanmakta ve yatış süresinin azalması amaçlanmaktadır (Koçak ve ark., 2018).

Terapi sürecinde farmakolojik tedavinin ve psikososyal müdahalelerin eş zamanlı, koordineli olarak sürdürülmesi hastalar üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir; eş zamanlı uygulamalar tedavi uyumunu artırmakta, kişilerin hastalıklarına dair iç gözü kazanmalarını

kolaylaştırmakta, farkındalık düzeyini artırmakta, işlevselliği artırarak günlük yaşama adaptasyon sürecini hızlandırmaktadır (Özdemir ve ark., 2017).

Hastalarda özgüveni artıran, benlik değerine saygı duyan, sosyalleşmeyi destekleyici ve potansiyeli açığa çıkaran uygun terapatik ortam oluşturularak kişilerin en kısa sürede günlük yaşamlarına dönmeleri amaçlanmaktadır. Servislerde gerçekleştirilen el sanatları, egzersizler, meditasyonlar, oyunlar, sanat terapisi ve müzik terapisi yaklaşımları ile gerçekleştirilen aktiviteler hastaların yatış yaptığı süre içerisinde zamanı en uygun şekilde değerlendirmesine yardımcı unsurlardır (Güleşen ve Üstün, 2020). Servis içerisinde aktif rol alan hastalar taburculuk sonrasında eski rol ve rutinlerine daha kolay dönmektedir ve diğer kişilere duydukları ihtiyaç miktarı yatarak tedavi gören diğer kişilere göre daha azdır. Bağımsızlık seviyesi terapi süreci ile korunmakta ve geliştirilmektedir (Çakır ve ark., 2010; Duman ve ark., 2007).

2.1.2. Psikoza sağlık algısı

Sağlık algısı, kişiden sağlığı hakkında alınan geri bildirimlerin tamamıdır. Kişiden kişiye değişiklik göstermektedir (Aka ve Bhatia, 2022). Deneyime açık olan, dışa dönük ve vicdanlı kişilerde sağlık algısı daha yüksektir; nevrotik kişilik örüntülerine sahip kişiler ise düşük sağlık algısına sahiptir (Goodwin ve Engstrom, 2002).

Düzenli fiziksel aktivite, sosyal katılım ve serbest zamanda aktif rol almak sağlık algısına olumlu katkı sağlar; sağlık algısı olumlu olan kişiler günlük yaşamda daha bağımsız, aktif ve katılımcıdır (Han ve ark., 2021; Yücel ve ark., 2013). Ruh sağlığı bozulmuş olan kişiler arasında sıklıkla organik bir rahatsızlığı olmadığı halde hasta hisseden, ağrı ve acı tarifleyen, fiziksel kapasitesi kısıtlanmış, yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmiş hastalarla karşılaşmaktadır. Bu tür somatik yakınmalar sağlık algısını olumsuz yönde etkilemektedir (Özmen ve ark., 1993).

Ren (1997) bilimsel araştırmasında medeni durum ile sağlık algısı arasındaki yakın bir ilişki olduğu sonucuna ulaşmıştır. Evli olan veya başka biri ile birlikte yaşayan kişilerin hayatlarının daha düzenli olduğu, zaman yönetiminde başarılı oldukları, sosyal destek ağlarının kuvvetli olduğu, sağlıklı beslendiği, uyku saatlerinin düzenli olduğu, geleceğe umutla bakabildiği, depresyon ve anksiyete seviyelerinin düşük olduğu yapılan analizlerle

kanıtlanmıştır. Bu bilgiler ışığında, düzenli bir duygusal ve cinsel ilişkinin sağlık algısını olumlu etkilediği söylenebilir.

Özetleyecek olursak sağlık algısı birden fazla faktörden etkilenmektedir. Biyolojik, psikolojik, fiziksel, kognitif, sosyal ve mesleki iyilik durumu ile yakından ilişkilidir. Duygular, düşünceler, beklentiler, kaygılar ve ön yargılar ile şekillenir. Algılanan sağlık; tedaviden görülen faydayı, gerekli düzenlemelerin yapılmasının gerekliliğini ve uygulanan yöntemlerin etkinliğini analiz etmeye yardımcıdır ve tedavi sürecini şekillendirir (Aka ve Bhatia, 2022; Genç ve Yiğitbaş, 2022).

2.1.3. Pozitif, negatif belirtiler ve psikopatoloji

Psikoz hastalarında, pozitif belirtiler hastalığın doğası gereği beklenen, zihindeki bozulmaların eşlik ettiği durumlardır. Sanrılar, düşünce dağınıklığı, işitsel ve görsel varsanılar, taşkın davranışlar ve hostil tutum pozitif belirtilere örnek verilebilir. Hastalığın alevlenme dönemlerinde bu belirtilerde artış gözlenmektedir ve hastalığın belirtilerinin azaldığı dönemlerde tanı alan kişi mevcut durumla daha iyi başa çıkabilmektedir (Aker, 2003; Kalı, 2018: 10).

Negatif belirtiler günlük yaşama adaptasyon becerilerini, sosyal uyumu olumsuz etkileyen zihinsel işlevdeki gerilemeler, yavaşlamalardır. Hastalık sırasında gerçekleşmesi istenmeyen durumlardır. Asosyalite, aloji, afektif küntlük, anerji, anhedoni, soyut düşünme yeteneğinde azalma veya kaybolma ve stereotipik düşünce ve apati negatif belirtilere örnek verilebilir (Özmen ve ark., 1992; Kalı, 2018: 10). 1980 yılında yapılmış olan araştırmalar sonrasında pozitif belirtilerin yoğun olduğu şizofreni Tip 1, negatif belirtilerin yoğun olduğu şizofreni ise Tip 2 olarak adlandırılmıştır. Tip 1 ve Tip 2 şizofreni özellikleri Tablo 2’de verilmiştir (Özmen ve ark., 1992).

Tablo 2: Tip 1 ve tip 2 şizofreni arasındaki farklar (Özmen ve ark., 1992)

TİP 1 ŞİZOFRENİ	TİP 2 ŞİZOFRENİ
Akut başlangıç	Sinsi başlangıç
Normal entelektüel işlevler	Entelektüel yozlaşma

Tablo 2: Tip 1 ve tip 2 şizofreni arasındaki farklar (Özmen ve ark., 1992) (devam)

TİP 1 ŞİZOFRENİ	TİP 2 ŞİZOFRENİ
Normal beyin yapısı	Genişlemiş serebral ventriküller
Antipsikotik ilaçlara iyi yanıt	Antipsikotik ilaçlara kötü yanıt
Pozitif belirtiler yoğun	Negatif belirtiler yoğun
Tedavi uyumu iyi	Tedavi uyumu zayıf
D2 dopaminerjik etkinlik	

Psikoz hastalarında, pozitif ve negatif belirtilerle birlikte hastalığın ilerleyişini; kişinin katılımlını, motivasyon seviyesini, duygulanımını, kognitif kapasitesini ve motor becerilerini etkileyen psikopatolojik belirtiler de görülmektedir. Çoğu kişide hastalığa dair iç görüye sahip olma, muhakeme etme becerisi zayıftır. Bu durum hastalık sürecinin atlatılmasını zorlaştırmaktadır (Yuvalı, 2021: 6). Psikopatolojik belirtiler toplum tarafından anlaşılamayan, garip karşılanan duygu, düşünce ve davranışların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Örnek verecek olursak (Kostakoğlu ve ark., 1999):

- İç organların çürümesi, ölümcül ve bulunamayan bir hastalığa sahip olmak gibi gerçekte var olmayan hastalıkların kendisinde var olduğuna inanmak ve günün çoğu zamanında eşlik eden somatik yakınmalardan şikayetçi olmak (Bedenssel Kaygı)
- Diğer insanlarda rastlanmayan ve tekrarlanan vücut duruşu, kasılma, vücut duruşu ve hareket kısıtlılıkları (Manyerizm)
- Motor yavaşlama
- Duygu durumunu kontrol etmekte yaşanan zorluklar. Akatizi, endişe, gerginlik, huzursuzluk ve panik ataklar (Bunaltı)
- Geçmişteki herhangi bir olaya takılı kalmış olmak ve o olayda kendisini suçlamak, kendisine dair acımasız yorumlarda bulunmak

- Yaşanılan duygular ve bu duygularla başa çıkmakta yaşanan zorluklar nedeniyle ortaya çıkan ajitasyona bağlı olarak ortaya çıkan terleme, tremor, huzursuzluk ve gerginlik durumları
- Çökkün duygudurum ve bu duruma bağlı olarak ortaya çıkan aktivite kısıtlılıkları
- Dissimülatif tutum, hostile tutum, otoriteyi reddetme, kavga etme isteği ve inatçılık gibi sebepler ile tedavi uyumunun zayıf olması. Sağlık çalışanları ve aile ile iş birliği kuramamak
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonunda bozulmalar
- Dikkat parametrelerinde etkilenim (odaklanma, dikkati sürdürme, bölme, eş zamanlı dikkat ve bölünmüş dikkat)
- Belirli bir konuya çok fazla odaklanma nedeniyle günlük yaşama devam edememe
- Kişinin kendi kontrolünü kaybetmesi sonucunda duygu, düşünce, davranış ve konuşmalarını kontrol edememesi. Örneğin kişinin belirli yerlerde konuşmayı reddetmesi (selektif mutizm), istemsiz bir şekilde ortaya çıkan kendi kendine gülme ve konuşma davranışları (İrade Bozukluğu)
- Yürürken etrafını sık sık kolaçan etme davranışı, korku, toplum uyumunun azalması ve bireysel hareket etme isteği, sosyal kaçınma

2.2. Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikozla Giden Diğer Bozukluklar

Şizofreni ile ilişkili araştırmalar 18. yy'a (Yüzyıl) kadar uzanmaktadır ve 1911 yılında ilk tanı kriterleri oluşturulmuştur. Bu tanı kriterleri yıllar içerisinde değişime uğramıştır ve günümüzde 2013 yılında yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kılavuzu (DSM-V) kullanılmaktadır (Aderibigbe ve ark., 1999; Rittmannsberger, 2012).

Çocukluk, gençlik veya yetişkinlik dönemlerinde yaşanan travmalar; kişide meydana gelen kognitif bozukluklar, fiziksel yetersizlikler veya psikolojik rahatsızlıklar; madde bağımlılığı nedeniyle meydana gelen beyin yapı ve işleyişindeki deformasyonlar; artmış stres seviyesi, problemlerle başa çıkma becerilerindeki zayıflık kişide psikoz gelişmesine

sebepl olabilmektedir (Herdem ve ark., 2017). Psikoz farklı tanı gruplarında semptom olarak karşımıza çıkmaktadır. DSM-V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'na baktığımızda ‘‘ Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikozla Giden Diğer Bozukluklar’’ başlığı altında psikozla ilişkili farklı tanı gruplarına ulaşabilmekteyiz, Tablo 3'te tanı kodları verilmiştir (APA, 2013/2014: 43). Bizim tez çalışmamıza F28 veya F29 tanısını almış hastalar dahil edilecektir.

Tablo 3: Şizofreni açılımı kapsamında psikozla giden diğer bozukluklar ve kodlar

TANI	KODU/KODLARI
Şizotürü (Şizotipal) Kişilik Bozukluğu	F21
Sanrılı Bozukluk	F22
Kısa Psikotik Bozukluk	F23
Şizofrenimsi (Şizofreniform) Bozukluk	F20.81
Şizofreni	F20.9
Şizoduygulanımsal (Şizoafektif) Bozukluk	F25, F25.1
Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikoz Bozukluğu	F10.159, F10.259, F10.959, F12.159, F12.259, F12.959, F13.159, F13.259, F103.959, F14.159, F14.259, F14.959, F15.159, F15.259, F15.959, F16.159, F16.259, F16.959, F18.159, F18.259, F18.959, F19.159, F19.259, F19.959
Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikoz Bozukluğu	F06.0, F06.2
Katatoni	F06.1
<ul style="list-style-type: none"> • Başka Bir Ruhsal Bozukluğa Eşlik Eden Katatoni • Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Katatoni Bozukluğu • Belirlenmemiş Katatoni 	

Tablo 3: Şizofreni açılımı kapsamında psikozla giden diğer bozukluklar ve kodlar (devam)

TANI	KODU/KODLARI
Tanımlanmış Diğer Bir Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk	F28
Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk	F29

2.2.1. Tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk (F28)

“Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikozla Giden Diğer Bozukluklar” tanı grubundaki belirtiler ön plandadır. Mesleki ve sosyal işlevsellik azalmıştır, kişi maaşlı bir işte çalışmayı sürdürememektedir, çoğunlukla aile içerisinde anlaşmazlıklar yaşamakta, yeterli sosyal desteğe çevresindeki kişiler aracılığıyla da ulaşamamaktadır. Belirli varsanı veya hezeyanlar kişinin günlük yaşamını etkilemektedir, yoğunlaşmış düşünce uğraşları eşlik etmektedir. Yaşanılan tüm belirtiler belirli bir tanı grubu ile eşleşmemektedir ve kişiye uygun tanı seçilemediği durumlarda, *bu durumun klinisyenler arasında tartışılması için* bu tanı kodu kullanılır. F28 tanı kodu kullanıldığında özel nedenin de belirtilmesi gerekmektedir (APA, 2013/2014: 61).

F28 kodunda geçen “Tanımlanmış diğer” başlığı altında detaylandırılacak belirtileri örneklerle açıklayacak olursak (APA, 2013/2014: 61; Oral, 2005):

1. Diğer kişilerin duymadığı sadece tanı kodu girilen kişide gözlenen işitsel varsanılar.
2. Sanrılı bozukluk tanısında kısa süreli bir duygudurum bozukluğu görülmektedir. Ancak F28 tanısı alan kişide çoğu zaman sanrılı süreçle eş zamanlı olarak ortaya çıkan duygudurum dönemleri bulunmaktadır. Duygulanımlar varsanılarla uyumludur. Ancak patolojiktir. Kişide kaygı, irritabilite ve ektaziye sebep olabilir.
3. “Eşikaltı Psikoz Sendromu” gözlenir. İç görü ve muhakeme yeteneği kısmen korunmuştur, belirtiler hafif ve kısa sürelidir. Eşik seviyesini aşamayan psikoz belirtileri tariflenmektedir.

4. Duygusal ilişkiden kaynaklı olarak ortaya çıkan, baskın eş ile ilişkili sanrısız örgü ve inançlar gözlenmektedir. Sanrılı bozukluk tanısı için kriterlerin tam olarak karşılanmadığı durumlarda F28 tanı kodu kullanılmaktadır.

2.2.2. Tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk (F29)

“Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikozla Giden Diğer Bozukluklar” tanı grubundaki belirtiler ön plandadır. Mesleki ve sosyal işlevsellik azalmıştır, kişi maaşlı bir işte çalışmayı sürdürememektedir, çoğunlukla aile içerisinde anlaşmazlıklar yaşamakta, yeterli sosyal desteğe çevresindeki kişiler aracılığıyla da ulaşamamaktadır. Belirli varsanı veya hezeyanlar kişinin günlük yaşamını etkilemektedir, yoğunlaşmış düşünce uğraşları eşlik etmektedir. Yaşanılan tüm belirtiler belirli bir tanı grubu ile eşleşmemektedir, kişiye uygun tanı seçilemediği ve bu durumun nedeninin klinisyenler arasında belirlenmek istenmediği durumlarda F29 tanı kodu kullanılır. Acil servis koşullarında, yatarak tedavi gören hastalarda tercih edilen bir koddur (APA, 2013/2014: 62).

2.3. Epidemiyoloji

Psikoz erkeklerde daha erken yaşlarda başlayan, erkeklerde görülme oranı daha fazla olan; kırsal alanlarda daha sık ortaya çıkan; ekonomik zorluklar, madde kullanım bozukluğu ile ilişkili; medeni durum ve eğitim seviyesi ile ilişkili olmayan ruhsal bir bozukluktur (Binbay ve ark., 2011; Dixon, 2017). Erkeklerde 15-25 yaş aralığında, kadınlarda 25-35 yaş aralığında başlar, erkeklerde ortaya çıkma olasılığı yaklaşık olarak iki kat fazladır ve yaşam boyu yaygınlığı (prevelansı) %1’dir (Binbay ve ark., 2011). Psikoz insidansı 20 yaşından küçük kişilerde daha yüksektir ve başlangıç yaşı küçüldükçe hastalık öyküsü kötüleşmektedir (Kirkbride ve ark., 2017).

Psikotik bozukluğa genetik yatkınlığı olan kişiler incelendiğinde; kentsel doğumun, kentte büyümenin, mevcut kent yaşamına adapte olmaya çalışan kişilerin psikotik atak geçirme oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Şehir hayatında maruz kalınan yoğun nüfus, eşitsizlik, sosyal/ekonomik stres, yeşil alan azlığı, toksik etkenler, kirli hava, hastalık bulaşma riski psikotik belirtilerin açığa çıkmasını tetiklemektedir (Fett ve ark., 2019).

İkamet edilen sürelerin uzaması, konut hareketliliğinin olmaması psikotik atak geçirmemek için koruyucu faktörler arasındadır. Kullanılan antipsikotik ilaç dozları arttıkça atak geçirme riski de doğru orantılı olarak artış göstermektedir. Yaşanılan ortamdaki sosyal destek ağı ile hastalığın alevlenme dönemi arasında bir ilişki bulunmamıştır (Ünal, 2015: 44).

Cinsiyetler ile psikotik belirtiler arasındaki ilişki analiz edildiğinde kadın servisinin tedavi uyumunun daha zayıf olduğu, kadınların belirtiler ile başa çıkmakta erkeklere oranla daha fazla zorlandığı görülmüştür (Coşkun ve ark., 2010).

Esrar ve psikoz insidansı arasındaki ilişkinin analiz edilmesi için yapılan araştırmalarda, esrar kullanımının serbest hale geldiği ülkelerde psikoz oranının arttığı, toplumda sağlıkla ilgili bir risk haline geldiği görülmüştür (Ganesh ve D'Souza, 2022). Türkiye'deki madde kullanım bozukluğu oranları incelendiğinde ise metamfetamin kullanım oranının artış gösterdiği saptanmıştır (Ateş ve Banazılı, 2020). Psikotik belirtiler, metamfetamin kullanımı olan kişilerde sıklıkla açığa çıkmaktadır, insidansı %40 olarak bulunmuştur ve çoğu zaman hastane yatışı yapılmasını gerektirir. Psikozun tekrarlama, ömür boyu devam etme ve ilerleme riski mevcuttur (Glasner-Edwards ve Mooney, 2014). Madde kullanımı ile eş zamanlı artış gösteren varsanı, hezeyan, dezorganize davranış, düşünce dağınıklığı, işlevsellikte düşüş gibi kişinin deneyimlediği olumsuz durumlarla birlikte; aileden ve yakın çevreden alınan anamnez sonucunda madde kullanımının psikoz oranını artırdığı kanıtlanmıştır (Ganesh ve D'Souza, 2022; Glasner-Edwards ve Mooney, 2014).

2.4. Etiyoloji

Psikozun ortaya çıkmasını tek bir neden ile ilişkilendirememekteyiz. Ailede psikoz öyküsünün varlığı, genetik yatkınlık, beyinde üretilen kimyasallar olan nörotransmitterler (dopamin, serotonin, glutamat, gama aminobütirik asit ve östrojen), sinyal transdükasyonunda görev alan proteinler (reseptör), çevresel faktörler (fiziksel çevre, sosyal çevre, kültürel çevre, kurumsal çevre ve sosyoekonomik çevre), yaşanılan olaylar ve psikolojik sağlık gibi farklı nedenler bu hastalığın ortaya çıkmasında etkilidir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018; Üçok, 2021). Psikoz ve madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiyi açıklayacak evrensel olarak geçerli bir etiyoloji modeli bulunmamaktadır (Moggi, 2018).

Psikotik belirtilerin açığa çıkması için risk faktörleri analiz edildiğinde genetik yatkınlığın etkisinin daha fazla olduğu, spesifik gen-çevre etkileşimi sonucunda psikoza açığa çıktığı kanıtlanmıştır. Tek bir genetik veya çevresel faktör psikoza neden olmamaktadır (Zwicker ve ark., 2018). Doğum öncesindeki süreçte meydana gelen hipoksiye neden olan erken tehlikeler; fetal büyüme geriliği; annenin sigara, alkol veya madde kullanımının olması; hamilelik sürecinde stres ve anksiyete seviyesini artıran savaş, vefat, göç gibi olumsuz olaylar psikoza belirtilerinin açığa çıkmasına sebep olabilmektedir (Dean ve Murray, 2022). İlerleyen yıllarda deneyimlenen ve kişinin ruhunda iz bırakan durumlar, vefatlar, kaygılandırıcı olaylar, başarısızlık öyküleri gibi olumsuz süreçler ise psikoza ortaya çıkmasında merkezi bir role sahiptir. Yapılan araştırmalar sonucunda psikotik bozukluğa bağlı olarak tanı alan kişilerde gözlemlenen yapısal ve işlevsel serebral anomalilerin istismara uğramış çocukların beyin görüntülemelerine benzediği görülmüştür (Elklit ve Shevlin, 2011; Longden ve Read, 2016).

Dopamin, vücut ile beyin arasındaki bilgi alışverişinde etkilidir. Vücuttan alınan sinyaller dopamin reseptörlerine ulaşır ve beyinde sinyal üretilir. Kişinin duygularını ve davranışlarını kontrol edebilmesinde, kognitif fonksiyonlarda, uyku kalitesinde etkili rol oynar (Sayın, 2008). Psikotik belirtileri tedavi etmek için kullanılan antipsikotik ilaçlar bazı kişilerde bir süre sonra etkisini kaybetmeye ve fayda sağlamamaya başlamaktadır. Kişide kontrol dışı hareketler, kalıcı semptomlar ve çevresel uyaranlara duyarlılık gelişebilmektedir. Dopamin aşırı duyarlılığı olarak adlandırılan mevcut durum hastalığın alevlenme dönemi olarak tanımlanabilir ve tedavisi zordur (Altınayaz ve Yüksel, 2013; Chouinard ve ark., 2017).

Serotonin, kişinin enerjik, hareketli ve sevinçli hissetmesine yardımcı olan bir nörotransmitterdir. Son 60 yılda yapılan araştırmalar sonucunda psikotik belirtiler ile serotonerjik sistemlerdeki anormallikler arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Analiz sırasında modern biyokimya, beyin görüntüleme yöntemleri, davranış analizi, farmakolojik tedavi, genetik ve biyolojik bilimler kullanılmıştır (Geyer ve Vollenweider, 2008).

Östrojen hormonu, cinsel olgunlaşma ve üremede görevlidir. Daha az bilinen işlevleri ise biliş, hafıza, nörogelişim ve nöroplastisite gibi kognitif fonksiyonların devamlılığında aldığı rollerdir. Beynin işleyişi ile ilgili olan östrojen hormonu azlığı ile psikoza belirtileri arasında doğru orantı bulunmaktadır. İleri yaşlarda östrojen hormonu üretiminde meydana

gelen azalma ve düzensizliğe bağlı psikozlarda artış görülmektedir (Hwang ve ark., 2003; Kesebir ve Parıldar, 2003).

2.5. Klinik Özellikler

Psikoz kavramı son 170 yıldır deneyimler ve araştırmalar ile şekillenmektedir, zaman içerisinde tecrübeler arttıkça anlam olarak derinleşmektedir. Ancak her kişide farklı klinik tablolarla seyrettiği için net bir tanımı bulunmamaktadır. En genel tanım olarak gerçeklik algısındaki çarpıtmalardır, denilebilir (Ganesh ve D'Souza, 2022).

Erken tanı ve tedavi, hastalıkla mücadele etmekte yardımcıdır. Ancak psikotik bozukluklarda gelişmeden önce fark ederek önlem almak mümkün olmamaktadır. Ailede psikoz öyküsü, son zamanlarda meydana gelen işlevsel becerilerde azalma, artmış depresif duygu durumu, dikkatte (odaklanma, dikkati sürdürme, eş zamanlı dikkati, bölünmüş dikkat, seçici dikkat) azalma, çevresi tarafından garip şeklinde ifade edilen davranış ve düşünce yapısı psikotik bozuklukları erken dönemde saptamaya yardımcı durumlardır (Yung ve ark., 2004).

Psikotik bozukluğa bağlı olarak tanı alan kişilerde görsel/işitsel varsanı, halüsinasyon, dezorganize davranış, dağınık konuşma, motivasyon kaybı ve kognitif yıkım gözlenir. Hastalığın şiddeti, hastalık yaşı, cinsiyet, eğitim seviyesi, işlevsellik düzeyi kognitif becerilerin gerilemesinde etkili faktörlerden bazılarıdır (Balaban ve ark., 2021; Lipskaya ve ark., 2011). Kişilerin deneyimledikleri varsanı, halüsinasyon, günlük yaşamdaki etkilenimler, işlevsellikte azalma, sosyal çevrenin kısıtlanması, atak dönemleri gibi olumsuz durumlara bağlı olarak anksiyete veya depresyon oluşabilmektedir. Meydana gelen bu duygudurum değişiklikleri hastalık sürecindeki iyileşmesinin yavaşlamasına ve tedaviden görülecek faydanın azalmasına sebep olabilmektedir. Bu nedenle tedavi programı oluştururken psikoza eşlik eden diğer faktörlerin de analiz edilmesi gerekmektedir (Hartley ve ark., 2013).

Gözlemlenen pozitif-negatif belirtiler ve psikopatoloji sonucunda toplum tarafından maruz bırakılan damgalama oranı artmaktadır. İçselleştirilmiş damgalanma oranının artması aktivite katılımını olumsuz yönde etkilemektedir, yapılan araştırmalarda aktivite performansının damgalama ile ters orantılı olduğu bulunmuştur (Turunç, 2021: 20).

Dominguez ve ark. (2010) bilimsel araştırmaları sonucunda negatif belirtilerin ortaya çıkmasında uzun süreli olayların, bir sürecin etkili olduğunu, yaşanılan ortam ve aile yapısı ile ilgili olduğunu; pozitif belirtilerin ortaya çıkmasında ise madde kullanımı gibi kimyasal bir etkilenimin, travmatik hayat öyküsünün ve büyük illerde yaşamak gibi stresör açığa çıkaracak bir dış etkene bağlı olduğunu saptamışlardır.

Metamfetamin kullanımı olan ve psikotik belirtiler deneyimleyen kişilerin yaşadıkları problemler analiz edildiğinde en sık karşılaşılan sanrı türünün perseküsyon sanrısı olduğu ve işitsel varsanların, görsel varsanlardan daha çok meydana geldiği bulunmuştur. Diğer sanrı türleri schneider hezeyanları, grandiyöz hezeyan ve jalüzik hezeyan şeklinde sıralanmaktadır (Fasihpour ve ark., 2013). Aynı zamanda madde kullanım bozukluğu olan kişilerde hipobuli, konuşma yoksulluğu, dezorganize konuşma, ilgisizlik, suisid düşüncesi ve girişimi bulunmaktadır. Tüm bu şikayetlere rağmen hastaneye başvuru oranı çok düşüktür (Gan ve ark., 2018).

2.6. Prognoz

Psikoz her kişide farklı bir gelişim göstermektedir. Bazı kişilerde aniden ortaya çıkabilmekte, bazı kişilerde ise daha uzun sürelerde oluşmaktadır. Psikotik belirtiler ortaya çıktıktan sonra Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi (TGPS) ortalama olarak 2-5 yıl bulunmuştur ve bu süre uzadıkça tedaviden elde edilen başarı oranı düşüş göstermektedir. Tedaviye kısa sürede ulaşmış hastaların ilaç uyumu ve tedaviye verdikleri yanıt daha başarılıdır. Erken teşhis ve tedavi yatış süresinin azalmasında etkilidir ve alevlenme dönemleri daha kolay, hızlı geçmektedir (Oruç ve Gültekin, 2018). Tedaviye kısa sürede ulaşmış kişilerde hastalığın şiddeti daha az gözlenmiş, kişiler günlük yaşamlarına daha kolay adapte olmuştur. Bu kişilerin genel işlevselliği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi daha yüksektir; depresyon ve kaygı düzeyleri azalmıştır, gözlenen pozitif ve negatif belirtiler daha azdır (elikbaş ve Ergün, 2018; Oruç ve Gültekin, 2018; Yıldızhan ve ark., 2015).

2.7. Tedavi Yöntemleri

Psikoz belirtilerini ‘‘Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikozla Giden Diğer Bozukluklar’’ tanı gruplarında görmekteyiz. Şizotürü (şizotipal) Kişilik Bozukluğu, Sanrılı Bozukluk, Kısa Psikoz Bozukluğu, Şizofrenimsi (Şizofreniform) Bozukluk, Şizofreni, Şizoduygulanımsal (Şizoaffektif) Bozukluk, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikoz Bozukluğu, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikoz Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk, Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluk tanı başlıkları bu grupta yer almaktadır (APA, 2013/2014). Bu tanı grubunda yer alan hastalıklarla mücadelede farmakolojik/somatik tedaviler, psikoterapötik müdahaleler ve aile eğitimi önemli bir yer tutmaktadır (Özdemir ve ark., 2017).

Hastalık yaşı tedavi sürecinin planlanmasında etkilidir. İlk atakta amaç, hastalığın kronik bir hal almasını engellemektir. Kişilerin mesleki ve sosyal işlevselliklerini sürdürmeleri, eski hayatlarına dönmeleri amacıyla farmakolojik tedavi veya EKT gibi somatik tedaviler uygulanır. Kronik bir hal almış bir psikoz durumunda ise alevlenme dönemlerini daha kolay atlatabilmek, belirtilerin şiddetini azaltmak, mevcut durumu kabullenmek ve farklı bakış açıları kazanmak için psikososyal müdahaleler ön plandadır. Hastaya ve aileye yönelik psikoeğitimler verilir. İçgörü ve muhakeme yeteneklerinin gelişmesi için çalışmalar yapılır (Mutlu ve Yağcıoğlu, 2022: 34). Farmakolojik ve somatik tedavileri; antipsikotik ilaçlar, antikolinergik ilaçlar, anksiyolitik-sedatif hipnotik ilaçlar, antidepresanlar, elektrokonvülsif tedavi ve transkraniyel manyetik uyarım şeklinde listeleyebiliriz. Bu tedavi yöntemleri arasında antipsikotik ilaçlar ana tedavi yöntemidir ve ilaçların türleri, dozları ve kullanım sıklığı alınan tanıya göre değişiklik göstermektedir (Mutlu ve Yağcıoğlu, 2022; Üçok, 2021).

2.7.1. Farmakolojik tedavi

Farmakolojik tedavi yöntemleri antipsikotik ilaçlar, antikolinergik ilaçlar, anksiyolitik-sedatif hipnotik ilaçlar ve antidepresanlar olarak gruplandırılabilir (Mutlu ve Yağcıoğlu, 2022). Psikotik bozukluklarda akut dönemde gözlemlenen taşkın davranışlar ve huzursuz duygu durumunda tercih edilen ilaçlar, anksiyolitik-sedatif hipnotik ilaçlar olarak

adlandırılmaktadır ve akut dönemde çoğu zaman düşük doz antipsikotik ilaçlar tercih edilmektedir. (Goff, 2021; Üçok, 2021).

Antipsikotik ilaçlar tipik ve atipik antipsikotikler olarak ikiye ayrılmaktadır. Tipik antipsikotikler ilaçlar, mezolimbik dopamin sistemi ile ilişkilidir. D₂ reseptörlerini bloke eder. Dopamin hormonunun daha az üretilmesinde etkilidir. Klasik tedavi yöntemidir Atipik Antipsikotik İlaçlar; pozitif belirtilerde (varsanı, hezeyan, dezorganize konuşma ve davranış, katatoni), negatif belirtilerde (afektif küntlük, anerji, aloji, avolasyon, anhedoni vb.), kognitif etkilenimlerde, hostile tutumda ve kontrol edilemeyen duyu durumlarında etkilidir. Bu ilaçlar yeni kuşak antipsikotikler olarak adlandırılır (Mutlu ve Yağcıoğlu, 2022).

Hastaların %80'i antipsikotik ilaç tedavisinden 2-3 hafta içerisinde fayda görmeye başlar (Üçok, 2021). İlaç tedavisi ağızdan veya enjeksiyon şeklinde yapılmaktadır. Enjeksiyonlar, akut etkili veya depo tedavisi şeklindedir. Depo antipsikotikler, ilaç kullanımını reddeden veya ilaçlarını düzenli kullanmayan hastalarda tercih edilmektedir. İlaç tedavisi sırasında bazı hastalarda tremor, rijidite ve bradikinezi gibi istenmeyen yan etkiler gözlemlendiği durumlarda antikolinergik ilaçlar tercih edilmektedir ve tedavi ile eş zamanlı kullanılmaktadır (Goff, 2021; Mutlu ve Yağcıoğlu, 2022). Psikotik bozukluklara eşlik eden depresyon, kaygı ve obsesif kompulsif bozukluklarda antidepresanlardan yararlanılmaktadır (Altındağ ve Özkan, 2001).

2.7.2. Elektrokonvulsif tedavi (EKT)

Elektrokonvulsif tedavi (EKT), psikofarmakolojik tedavi yaklaşımlarına yanıt vermeyen hastalarda tercih edilen bir tedavi yöntemidir. Beyin dokusu elektrokonvulsatörler aracılığıyla elektrik akımı ile uyarılır ve genelleşmiş konvülsiyonlar oluşturulur (Aşoğlu ve ark., 2018; Aydın ve ark., 2018). Bu aygıtlar 70-130 volt alternatif akım üretebilmektedir, akım süresi 0,1-1 sn arasındadır. Çoğu zaman 0,2 sn ve 80 volt tercih edilmektedir. Doz, psikiyatrist tarafından akımın voltajı ve süresi ile belirlenir. Uygulama sonrasında ortaya çıkan konvulsif nöbet süresi ölçülerek EKT'nin etki düzeyi ölçülür. En az 20-25 sn konvülsiyon oluşması amaçlanmaktadır. Bu süre yaş, cinsiyet, tanı ve EKT ile eş zamanlı olarak hastaya uygulanan ilaç tedavisinden etkilenmektedir (Zeren ve ark., 2003). Toplumsal bilgi eksikliği, yasal mevzuat eksikliği ve damgalayıcı ifadeler EKT'ye olan güveni

sarsmaktadır. Endişeler ve yanlış inanışlardan dolayı hastalar ve aileleri tedaviye olumsuz yanıt verebilmektedir (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018).

2.7.3. Psikososyal müdahaleler

Psikozun ortaya çıkmasında birden fazla faktör etkilidir. Farmakolojik tedavi yalnızca nörotransmitter ve reseptörlerle ilişkili olarak ortaya çıkan psikopatolojilere etki etmektedir (Üçok, 2021). Oysa ki psikotik bozukluklar tüm hayatı derinden etkileyen, kişilerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını kısıtlayan, aktivite performansının azalmasına sebep olan, sosyal uyumu bozan, mesleki işlevselliği kesintiye uğratan, kişilerde depresyon ve anksiyete seviyelerini artıran, toplum içinde stigmaya maruz bırakan ve kişinin dışlanan biri haline dönüşmesine sebep olan bir durumdur (Ercan Doğu, 2019: 11; Pekçetin, 2019: 6).

Tanı alan kişi ile birlikte öncelikle aynı evi paylaşan kişiler, aile üyeleri, yakın arkadaşlar ve kişi çalışıyorsa iş arkadaşları da ortaya çıkan belirtilerden etkilenmektedir. Bakım verenler eski rol ve rutinlerini sürdürememekte, kendilerine yeterli zaman ayıramamakta, hastalığın doğası ve ilerleyişi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için yanlış beklentilere sahip olabilmekte, ümitsizliğe kapılabilmekte ve günlük yaşam aktivitelerine adaptasyon becerileri olumsuz yönde etkilemektedir. Sosyal çevre zaman içerisinde kısıtlanmakta, aile üyeleri ve aynı evi paylaşan kişilerde tükenmişlik, depresyon ve anksiyete düzeyleri artmaktadır (Karayazgan, 2013: 8; Şahin ve Uyanık, 2018; Şehadet Sezer, 2022: 333).

Son zamanlarda psikiyatrideki tedavi yaklaşımı sadece farmakolojik tedaviden uzaklaşmıştır ve farmakolojik tedavi ile eş zamanlı olarak uygulanan psikososyal müdahalelerin de kıymetli olduğu görülmüştür (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Ruh sağlığı uygulamalarında asıl amaç danışanın hastalığına dair iç görü kazanması, muhakeme etme yeteneğinin gelişmesi, tedavi uyumunun artarak hastane yatışlarının sayı ve süresinin azaltılması, kişinin tedavi görmesini gerektiren ruh sağlığı hastalıklarının nüksetmemesidir (Özen Yalçın ve ark., 2022: 23). Bu amaç doğrultusunda hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve ergoterapist multidisipliner ekibin bir parçası olarak iletişim halinde, kendi mesleki çerçeveleri içerisinde mesleki sorumluluklarını yerine getirirler (Ercan Doğu, 2020a: 231; Özen Yalçın ve ark., 2022).

Uygulanan psikososyal müdahaleler; bireysel psikoterapiler (içgörü yönelimli psikoterapi, destekleyici psikoterapi), grup psikoterapileri, bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları, sosyal beceri eğitimi, aile terapisi şeklindedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Bu müdahaleler ile aile içindeki çatışmalar, anlaşmazlıklar zaman içerisinde azalmaktadır ve güven ortamı tekrardan oluşarak problemlerle başa çıkma becerilerinin geliştiği gözlenmektedir. Aile de tedavi sürecine dahil edilmekte ve hastane dışındaki tedavinin takibi konusunda işbirliği yapılmaktadır. Hastaların tedavi uyumu, tedaviden elde edilen başarıları artmakta ve aktivite performansı gelişmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018; Şehadet Sezer, 2022: 339; Üçok, 2021).

2.8. Ruh Sağlığında Ergoterapi

Ergoterapinin (Occupational Therapy), resmi olarak kabul edilmesi 1920 yılına dayanmaktadır. Ergoterapistler günlük yaşama devam etmekte zorluk yaşayan farklı tanı ve özelliklere sahip kişilere hizmet vermektedir ve ruh sağlığı da ergoterapinin çalışma alanlarından birisidir. Ruh sağlığı alanında ergoterapistin görev alması İngiliz Kraliyet Komisyonunun yönlendirmesi ile 1925 yılında olmuştur (Özkan, 2020a: 10).

Ergoterapistler, psikiyatrik rahatsızlığı nedeniyle tedavi gören kişilerle çalışırken holistik bakış açısı ile hareket eder. Kişiyi, kişinin aktivitelerini ve çevresini detaylı olarak analiz eder. Bu üç parametre arasındaki uyumu artırmak için stratejiler geliştirir ve planlamalar yapar. Uyumun artması ‘‘Aktivite Performansı’’nın geliştirmesi anlamına gelmektedir. Sosyal, kültürel, ekonomik, fiziksel nedenlerden dolayı fırsat eşitsizliklerinin yaşandığı, toplumsal adaletin sağlanamadığı, aktivite performansının etkilendiği durumlar olabilmektedir. Bu süreçte ‘‘Okupasyonel Adaletsizlik’’ ve ‘‘Okupasyonel Yoksunluk’’ kavramları ortaya çıkmaktadır. Ergoterapistler danışanların stigmaya maruz kalmamasını amaçlar ve gerekli görülen durumlarda aktivite limitasyonuna sebep olan çevresel faktörlere yönelik düzenlemelerde bulunur (Akı, 2020: 300; Akı ve ark., 2022).

Ergoterapist, danışan ile birlikte ‘‘Okupasyonel Denge’’nin gelişmesine yardımcı olacak kısa ve uzun dönem hedefler belirler. Hedeflerin gerçekçi ve ulaşılabilir olması gerekmektedir. Hedeflerin oluşturulma aşamasında kişiye yapmak istediği; yaparken zorluk

yaşadığı, desteklenme ihtiyacı duyduğu ve çevresi tarafından kendisine biçilen rol ve sorumluluklar sorulur. ‘‘Okupasyonel Analiz’’ sonrasında aktiviteler derecelendirilir, ergoterapi referans çerçeveleri göz önüne alınarak müdahale planı oluşturulur. Danışanın günlük yaşamı, zaman yönetimi, rolleri, rutinleri, alışkanlıkları ve çevresel etkenleri müdahale planı oluşturulurken göz önünde bulundurulmalıdır; hedefler kişi ile uyumlu olmalıdır (Akı ve ark., 2022; Bumin ve ark., 2019; Ercan Doğu, 2021).

Kişisel yönetim, sosyal beceri, çalışma becerisi ve serbest zaman yönetimi ergoterapistlerin kişi merkezli ve aktivite temelli planlamalar yaparak müdahalede bulunduğu temel alanlardır (Tablo 4) (Özen Yalçın ve ark., 2022: 24).

Tablo 4: Ergoterapistlerin planlamalar yaparak müdahalede bulunduğu temel alanlar (Özen Yalçın ve ark., 2022: 24)

KİŞİSEL YÖNETİM	
	Temel günlük yaşam aktiviteleri
	Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri
	Stresle başa çıkma becerileri
	Gevşeme çalışmaları
	Eklem ve enerji koruma yöntemleri
	Para yönetimi
	Kognitif rehabilitasyon
	Yardımcı araç ihtiyacının belirlenmesi
	Yardımcı araç kullanımı
	Uyku hijyeni
	Zaman yönetimi
	İstek erteleme
	Problem çözme becerileri
	Sigara, alkol ve madde kötüye kullanımı ile baş edebilme

Tablo 4: Ergoterapistlerin planlamalar yaparak müdahalede bulunduğu temel alanlar (Özen Yalçın ve ark., 2022: 24) (devam)

SOSYAL BECERİ	Toplumsal yaşam becerileri İletişim Girişkenlik Çatışma yönetimi Aile ilişkileri Arkadaşlık etme Sağlığı sürdürme
MESLEKİ VE ÇALIŞMA BECERİSİ	Meslek edinme İşe geri dönüş Yeniden meslek edindirme Desteklenmiş istihdam çalışmaları İşlevselliğin sürdürülebilirliği Koruyucu iş yeri uygulaması Mesleğin getirdiği becerilerin kazanımı ve geliştirilmesi
SERBEST ZAMAN YÖNETİMİ	Serbest zaman kavramının oluşturulması Kaliteli serbest zaman planlamaları Alışkanlıklar, roller, rutinler ve kültürel değerler göz önüne alınarak strateji gelişimi

2.8.1. Okupasyon

Okupasyon, ergoterapinin temel yapıtaşlarından birisidir ve sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Örneğin: Okupasyonel adaletsizlik, okupasyonel yoksunluk, okupasyonel analiz, okupasyonel denge, okupasyonel performans vd. Bu kelimenin dilimizde birden fazla anlamı bulunmaktadır ve aktivite, çalışma, üretim, rutin, iş, praksis, başarı, rekreasyon,

uğraşı, tatmin ve mutluluk gibi farklı deneyimleri ifade etmek için kullanılır (Akı, 2020: 299; Özkan, 2020b: 6).

Günlük yaşamımızda diğer kişilerle etkileşim halindeyiz. Çeşitli olaylara tanık olmakta, farklı kişilerle iletişim kurmaktayız. Yaşadığımız olaylar, algılarımız, düşüncelerimiz ve deneyimlerimiz sonucunda hayata dair oluşturduğumuz anlamlar; okupasyon ile yakından ilişkilidir. Okupasyon, toplumsal uyumun ve katılımın gerçekleşmesinde önemli bir faktördür. Okupasyon ile hayatımızda denge ve düzen sağlanmakta, sosyal ilişkilerimiz organize edilmekte ve yaşamın içinde olma desteklenmektedir (Özkan, 2020b: 4).

Okupasyon kelimesinin anlaşılabilmesi için üç alt boyutunun anlaşılması gerekmektedir. Bunlar (Özkan, 2020b: 6):

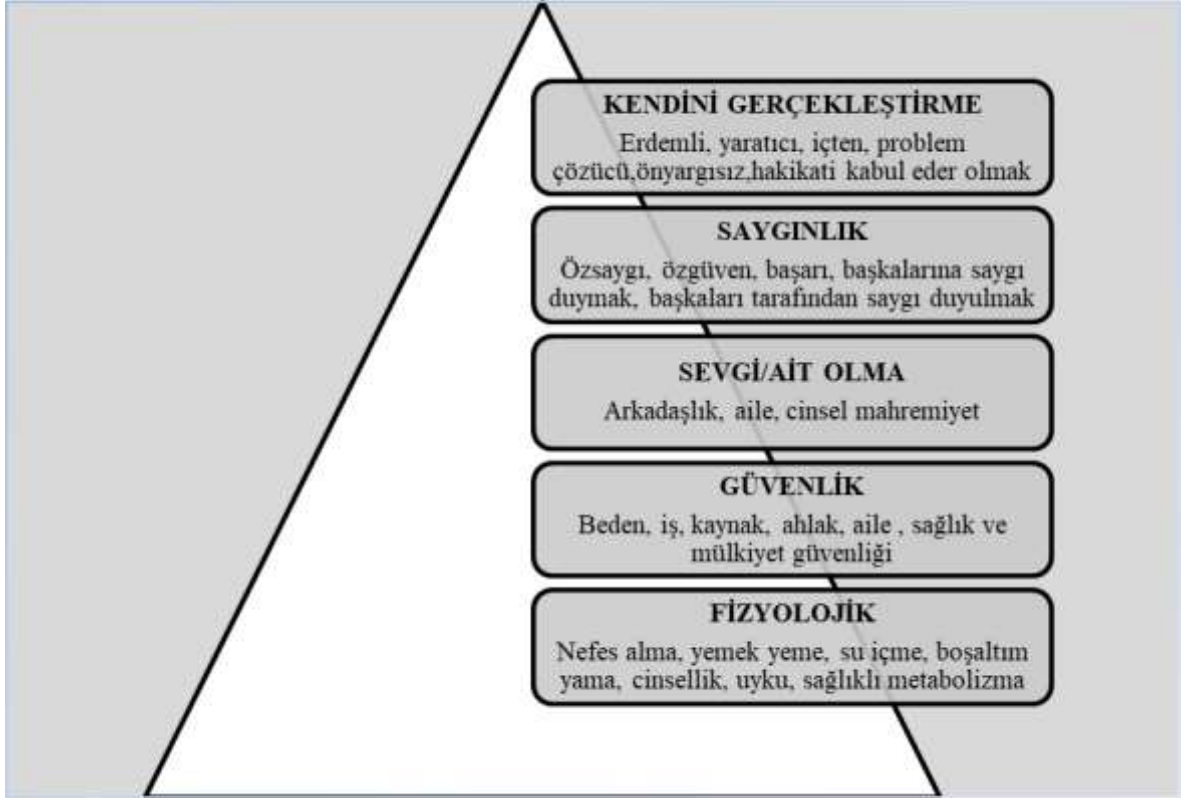
1. **Var olma:** Okupasyonlar ile tecrübeler edinir, benliğimizin farkına varır ve hayattaki amacımızı belirleriz. Her edindiğimiz tecrübe kendimizi tanımamıza ve kendimizi diğer kişilere yansıtmamıza yardımcıdır. Kendisini tanıyan, ne istediğini bilen ve gününü organize edebilen kişiler diğer insanları, olayları gözlemlemekte, analizlerde bulunmakta ve çıkarım yapmakta daha başarılıdır (Özkan, 2020b: 7).
2. **Olusma:** İnsan doğduğu günden itibaren büyümeye, gelişmeye, kendini gerçekleştirmeye ve günlük yaşamda karşısına çıkan olumsuz deneyimlerle başa çıkmaya devam etmektedir. Ancak meydana gelen fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal veya kognitif problemlerle başa çıkmakta zorluk yaşanıldığı durumlarda profesyonel bir desteğe ihtiyaç duyulduğu zamanlar olabilmektedir (Akı, 2020: 299).

Ergoterapistler; danışanların mevcut potansiyelini korumasını, daha iyi seviyeye ulaşması için geliştirmesini veya gerekli görülen durumlarda modifiye etmesini desteklemektedir. Asıl amaç danışanın ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermektir ve kişilerin mevcut potansiyelinin ortaya çıkmasında destekleyici rol oynamaktır. Terapi planlamalarında aktiviteler derecelendirilir ve adımlarına ayrılır. Terapist ilk seanslarda yönlendirici bir role sahip olsa da ilerleyen seanslarda kişinin sorumluluğu kendi üzerine alması gerekmektedir (Özkan, 2020b: 8).

3. **Aidiyat:** Ait olmak ‘‘Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi’’nde karşımıza çıkmaktadır. Fizyolojik ve güvenlik ihtiyaçlarından sonra gelen 3. Temel ihtiyaçtır. Hayati

öneme sahiptir ve kişinin sosyalleşme ihtiyacını besleyen yardımcı bir faktördür (Özkan, 2020b: 9; McLeod, 2007) (Şekil 1).

Okupasyon temelli ergoterapi seanslarında da danışanların ait olma ihtiyaçlarına cevap vermek, bireyin yaşam kalitesini artırarak sosyalleşmesini desteklemek amaçlanmaktadır. Bu nedenle sosyal beceri eğitimi, ergoterapistler tarafından sıklıkla kullanılan terapi yöntemlerinden birisidir (Çelik Turan, 2022b: 185).



Şekil 1: Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi (McLeod, 2007)

2.8.2. Kişi merkezli ergoterapi programı

Kişi merkezli ergoterapi programı danışana aktivite listesi vermekten daha kapsamlıdır; kişi için kişi ile birlikte düşünme sürecidir ve kişi, çevre ve aktivite arasındaki uyumu artırmak amaçlanmaktadır (Akı, 2020: 299). Danışan tüm yönleri (psikolojik, sosyal, fiziksel, kognitif ve duyuşsal) ile değerlendirilir. Danışanın tedaviye başvuru nedeni,

tedaviden beklentileri, günlük yaşamdaki rolleri, rutinleri ve kültürel değerleri göz önüne alınır (Çelik Turan, 2020c: 104). Ergoterapi programı oluşturmaya yardımcı olan hedef belirleme süreci 3 aşamadan oluşur. Hedefler olumlu sonuçlar içermelidir ve ölçülebilir olmalıdır (Çelik Turan, 2022b: 187). Aşamaları açıklayacak olursak:

1. **İyileşme Vizyonu:** Görüşmeler devam ettikçe netlik kazanır. Profesyonel destek aramaktaki asıl amaç ile ilgilenir. Kişinin hayatında değiştirmek istediği alanlar, arzuladığı yaşam biçimini ifade eder (Çelik Turan, 2022b: 188).
2. **Tedavi Hedefleri:** İyileşme vizyonuna ulaşmak için gerçekleştirilen planlamalardır. Hedeflerde önem sırasının belirlenmesi, aktivitelerin zorluklarına göre derecelendirilmesi, basamaklarına ayrılması, zaman sınırının belirlenmesi sürecidir (Çelik Turan, 2022b: 188).
3. **Kisisel Hedefler:** İyileşme vizyonu hakkında bilgi sahibi olmamıza yardımcı olan istek ve beklentilerdir. İşe girmek, evlenmek, çocuk sahibi olmak, araba almak, özgür hareket etmek, özgüvenin artması vs. (Çelik Turan, 2022b: 188).

Her program kişiye özgü oluşturulur ve güçlü yönler tedavi sürecini şekillendirir. Öz bakım becerileri, çalışma hayatı, kognitif beceriler, sosyal işlevsellik, zaman yönetimi, özel ilgi ve beceriler müdahale edilen bazı alanlardır (Akı ve ark., 2022). Program terapist ve danışan arasında şekillenmeye başlamış olsa da danışanın ailesi ve terapistin içinde bulunduğu ekip arasındaki uyum, interdisipliner yaklaşıma önem veren bir çalışma ortamı terapi başarısını artıran faktörlerdir (Ercan Doğu, 2020a: 231; Şahadet Sezer, 2022: 333).

2.8.3. Ergoterapide grup çalışmaları

Ergoterapide grup çalışmalarının tercih edildiği ve sıklıkla kullanıldığı alanlardan birisi ruh sağlığı uygulamalarıdır. Terapi süreci birden fazla kişi ile aynı anda gerçekleştirilmektedir. Tüm planlamalarda çalışmalar katılım gösteren bireye özgü hedefler içerdiği sürece o kişiye uygundur ve grup çalışmalarında da kişi merkezli uygulama bakış açısından uzaklaşmamıştır (Yaran, 2020b: 438).

Grup çalışmalarının bilimsel ve sanatsal yönleri bulunmaktadır (Tablo 5). Sanat kelimesi boyama, çizim, işleme çalışmaları olarak düşünülmemelidir. Terapistin gruba özgü planlamalar yapma sürecini ve aktiviteleri çeşitlendirmesini, yaratıcı yaklaşımlar kullanma

becerilerini ifade etmektedir. Her iki grup türü de aktivite odaklıdır, okupasyona, performans becerilerine (motor, süreç ve iletişim becerileri) ve performans paternlerine (alışkanlıklar, roller, rutinler ve ritüeller) odaklanır (Çelik Turan, 2022a: 219).

Tablo 5: Ergoterapi grup çalışmalarının bilimsel ve sanatsal yönleri (Çelik Turan, 2022a: 219)

BİLİMSEL YÖN	SANATSAL YÖN
Grubu analiz etmek, ihtiyaçları belirlemek	Grubun farkında olmak
Grup protokolü oluşturmak	Kendini terapötik kullanmak
Grubun becerilerini geliştirmek	Grup üyelerinin her birinin ihtiyaç ve beklentilerini aynı anda analiz etmek
Grup uyumunu artırmak	Grup üyelerinin ihtiyaç ve beklentilerine cevap vermek
Ortamın analiz edilmesi	
Okupasyonlardan yararlanmak	
Okupasyonel becerilerle ilişkili bilgiyi grup çalışmalarında kullanmak	

Uygulanış şekillerine, amaçlarına ve danışan özelliklerine göre grup tipleri değişiklik göstermektedir. Grupları detaylı bir şekilde açıklayacak olursak (Çelik Turan, 2022a: 223):

Görev Grupları: Grupta önemli olan sonuç değil, sürecin içinde yer almaktır. Problem çözme becerileri ve farklı düşünme süreçleri aktive edilerek fikir alışverişinde bulunma desteklenir. Duygu, düşünce ve davranışlar ortak deneyim yollarıdır (Çelik Turan, 2022a: 223).

Gelisim Grupları: Hedefler oluşturulur ve kolaydan zora doğru ilerleyecek şekilde becerilerin artırılması amaçlanır. Paralel grup, proje grubu, benmerkezci-kooperatif grup, kooperatif grup ve olgun grup gibi türleri bulunmaktadır (Çelik Turan, 2022a: 223).

Direktif Grup: Hastanede yatarak tedavi gören, en ağır hasta gruplarında sıklıkla tercih edilir. Katılımı artırmak birinci önceliktir, terapist yönlendirici rol oynar (Çelik Turan, 2022a: 224).

Nörogelişimsel Gruplar: Duyusal entegrasyon teorisi ve teknikleri kullanılır. Hareket aktivitelerinden oluşur. Uzun süredir psikiyatrik tedavi gören kronik hastalarda ve ağır ruh sağlığı olan kişilerde tercih edilir (Çelik Turan, 2022a: 224).

Duyusal Müdahale Grupları: Psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerde duyu işleme bozukluklarının varlığı kanıtlanmıştır. Duyusal yaklaşımlar kullanılarak self regülasyon (kendi kendini organize etme) desteklenir, kriz durumları ve travma ile başa çıkmaya yardımcıdır (Çelik Turan, 2022a: 224).

Farkındalık Grupları: Popüler, kanıta dayalı tedavi yöntemleri arasındadır. Bedensel rahatlama, aşamalı gevşeme, yoga, meditasyonlar veya aktivite ile bedensel duyumların artırıldığı gruplardır (Çelik Turan, 2022a: 224).

Psikoeğitim Grupları: Kişilere ve ailelerine özel bilgi ve teknikler öğretmek refah seviyesini artırmayı amaçlayan gruplardır. Konular grubun ihtiyaç, istek ve beklentilerine göre şekillendirilir (Çelik Turan, 2022a: 224).

Aktivite Grupları: Ergoterapi referans çerçeveleri ile şekillenir ve ergoterapistler tarafından uygulanır. Genel bir tanımı yoktur, kapsayıcıdır. Psikoterapi gruplarının ve görev gruplarının özelliklerini içinde barındırır. Okupasyonel performansı artırmak asıl amaçtır. Toplumsal normlar grup içerisinde taklit edilir. Isınma, aktivite, paylaşım, süreç, genelleme, uygulama ve özet aşamalarından oluşur. Bu basamaklara Cole'nin 7 adımı denmektedir (Çelik Turan, 2022a: 225).

2.8.4. Ergoterapi uygulama alanları

Günlük yaşam aktiviteleri

Günlük yaşam aktiviteleri bir kişinin hayatını organize edebilmek için gerçekleştirdiği tüm aktiviteleri kapsar (Ercan Doğu, 2021). Temel ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri olarak ikiye ayrılır, hayata anlam katar ve belli bir amaca hizmet eder.

Temel günlük yaşam aktiviteleri banyo yapmak, bağımsız şekilde tuvalet ihtiyacını karşılamak, giyinmek, beslenmek, fonksiyonel mobilite, kişisel araçların bakımı, kişisel hijyenin sağlanması ve sağlıklı cinsellik gibi temel becerileri gerektiren; fizyolojik ihtiyaçlardan oluşan ve yaşamın sürdürülebilirliğini destekleyici kişisel aktivitelerden oluşur (Akı ve ark., 2014; Kaplan, 2020).

Yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde ilgi bireyden çevreye doğru genişlemiş durumdadır. Bu aktiviteler kişinin hayatına devam etmesi, bağımsız bir şekilde gününü organize etmesi, yaşam kalitesinin artması ve toplum içinde var olması için gereklidir. Yürütücü işlevlerin sıklıkla kullanılması gerekmektedir. Diğer kişilerin bakımı, evcil hayvan bakımı, çocuk yetiştirmek, iletişim, araç kullanma ve mobilite, finansal yönetim, sağlık yönetimi, ev yönetimi, yemek hazırlama ve temizlik, dini/manevi faaliyetler, güvenlik ve acil bakım, alışveriş yapmak yardımcı günlük yaşam aktivitelerine örnek gösterilebilir. (Abaoğlu, 2018: 19; Kaplan, 2020).

Ergoterapistler, temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde performansından memnun olmayan ve geliştirmek isteyen, motivasyon ve ilgi kaybından dolayı aktivite katılımını reddeden, ortopedik veya nörolojik yaralanma sonucunda aktivite derecelendirilmesine veya yardımcı cihaz önerilmesine ihtiyaç duyan kişilerle belirli referans çerçevelerini kullanarak kişi merkezli müdahaleler gerçekleştirir (Ercan Doğu, 2021; Dursun, 2021: 8; Özcan ve Pınar, 2021). İlk seanslarda Ergoterapist yönlendirici rol oynamak zorunda kalabilir. Seanslar ilerledikçe danışana verilen sorumluluk seviyesi artırılır ve danışanın kendi hayatına yön vermesi, aktivitelerini organize etmesi amaçlanır (Ercan Doğu, 2021).

Sosyal beceri eğitimi

İnsan, sosyal bir varlıktır. Aile üyeleri, akrabalar, arkadaşlar ve diğer kişiler ile iletişim kurmak, zaman geçirmek; kendini değerli hissetmeye, kendine duyulan saygının artmasına, kötü düşüncelerden uzaklaşmaya yardımcıdır; ruhsal rahatlama sağlar ve duygu durumu olumlu yönde etkilenir. Ancak yaşanan olaylar, kişisel deneyimler, sağlık durumu veya diğer etkenlerden kaynaklı olarak sosyalleşmenin reddedildiği, tek geçirilen zamanlar olabilmektedir (Ercan Doğu, 2022: 295).

Atipik psikoz, şizofreni, anksiyete bozuklukları, depresyon gibi ruh sağlığı hastalıklarında sosyal içe çekilme çok sık gözlenmektedir. Tek başına geçirilen zamanın artması sosyal becerilerin körelmesine sebep olabilmektedir. Bu durumlarda kişilerin profesyonel destek alma ihtiyacı ortaya çıkmaktadır Örneğin: iletişimi başlatma, kendini ifade etme, iletişimi sürdürme, aktif dinleme, duyguları anlamlandırma vd. (Yıldız ve ark., 2002).

Ergoterapistler tarafından sıklıkla kullanılan sosyal beceri eğitiminde alıcı beceriler, işleme becerileri ve dışa vurum becerilerinden oluşan sosyal yeterliliğin gelişmesine yönelik planlamalar yapılmaktadır. Süreç ilk değerlendirme ve gözlemlerle başlamaktadır. Kişilerde beceri gelişimini desteklenerek günlük yaşamda bağımsızlığı sağlamak, yaşam kalitesini artırmak, problem çözme mekanizmasını geliştirmek ve becerilerin kalıcı hale gelmesini destekleyerek yaşanan farklı deneyimlerle başa çıkmayı kolaylaştırmak amaçlanmaktadır (Bellack ve ark., 2004/2015; Ercan Doğu, 2022: 300; Yıldız ve ark., 2002).

Yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılarak iletişimde yaşanan problemler belirlenmekte ve hedefler oluşturulmaktadır. Eğitim modülü grubun ihtiyaçlarına göre şekillendirilmektedir, örnek olaylarla konu pekiştirilmektedir, rol oynamalar ve geri bildirimlerle süreç devam ettirilir (Bellack ve ark., 2004/2015; Turner ve ark., 2018). Bellack ve ark. (2004/2015) tarafından oluşturulan kitapta sosyal beceri eğitimi uygulama programları ve içerikleri Tablo 6’da ayrıntılı şekilde listelenmiştir.

Tablo 6: Sosyal beceri eğitimi uygulama programları ve içerikleri (Bellack ve ark., 2004/2015)

DÖRT TEMEL SOSYAL BECERİ	Başkalarını dinleme
	Rica etme
	Olumlu duyguları ifade etme
	Hoşa gitmeyen duyguları ifade etme
İLETİŞİM BECERİLERİ	Yabancı birisi ile konuşmayı başlatma
	Soru sorarak konuşmayı sürdürmek
	Gerçek bilgiler vererek konuşmayı sürdürmek

Tablo 6: Sosyal beceri eğitimi uygulama programları ve içerikleri (Bellack ve ark., 2004/2015)

	Duyguları ifade ederek konuşmayı sürdürmek
	Konuşmayı sonlandırmak
	Devam eden bir konuşmaya katılmak
	Belirlenen konunun dışına çıkmamak
	Konuşulanları anlamadığında yapılacaklar
GİRİŞKENLİK BECERİLERİ	İstekleri reddetme
	Şikayette bulunma
	Şikayetlere cevap verme
	Duyguları ifade etme
	Bilgi isteme
	Yardım isteme
	İstenmeyen tavsiyelere cevap verme
ARKADAŞLIK VE FLÖRT ETME BECERİLERİ	İltifat etme
	İltifatları kabul etme
	Ortak ilgi alanlarını bulma
	Birine çıkma teklif etme
	Buluşmayı sonlandırma
	İstenmeyen cinsel yaklaşımları reddetme
TOPLUMSAL YAŞAM BECERİLERİ	Kayıp eşyaları bulma
	Mahremiyet isteme
	Birine mikrop bulaştırmamayı hatırlatma
	Kibarca yeme ve içme
ÇATIŞMA YÖNETİMİ BECERİLERİ	Uzlaşma ve görüşme

Tablo 6: Sosyal beceri eğitimi uygulama programları ve içerikleri (Bellack ve ark., 2004/2015) (devam)

	Stresli durumlardan uzak durma
	Tartışmadan başkalarının fikirleri ile aynı görüşte olmama
	Asılsız suçlamalara cevap verme
	Özür dileme
SAĞLIĞI SÜRDÜRME BECERİLERİ	Telefonla doktor randevusu alma
	İlaçlar hakkında soru sormak
	Sağlıkla ilgili konularda soru sormak
	İlaç dozunda değişiklik isteme
	Ağrı ve fiziksel belirtileri bildirmek
MESLEKİ/ÇALIŞMA BECERİLERİ	İş görüşmesi yapmak
	İş performansı hakkında geri bildirim isteme
	Eleştirilere cevap vermek
	Sözel yönergeleri takip etmek
	İş yerindeki konuşmalara katılmak
	Problem çözme
UYUŞTURUCU VE ALKOL KULLANIMIYLA BAŞETME BECERİLERİ	Uyuşturucu ve alkol kullanımına alternatif öneriler
	Arkadaşınızdan uyuşturucu ve alkol kullanmanızı istememesini rica etme
	Uyuşturucu satıcısına cevap verme

Kognitif rehabilitasyon

Psikoz hastalarında gözlemlenen sosyal ve mesleki işlevsellikteki azalmanın temel sebebi kişide meydana gelen kognitif kısıtlılıklardır; bilgi işleme hızı düşmekte, yürütücü işlevler gerilemekte, dikkat ve hafıza etkilenmektedir (Arslan ve ark., 2015). Bu nedenle ilaç

tedavilerinin yanında frontol lob aktivasyonunun desteklendiği düzenli bir terapi sürecine ihtiyaç duyulmaktadır. Dikkat parametreleri olan odaklanma, dikkati sürdürme, dikkati bölme, eş zamanlı dikkat ve bölünmüş dikkat; hafıza türleri olan kısa süreli bellek, duyuşsal bellek, uzun süreli bellek, çalışma belleği ve anısal bellek çalışılan temel kognitif becerilerdir (Ercan Doğu, 2020b: 223).

Terapi sürecinde kompensatuvar veya remedial/restoratif yaklaşımlar tercih edilir. Bilişsel yıkım geri dönülebilir bir seviyede olduğunda remedial/restoratif yaklaşımlar tercih edilmektedir ve etkilenen beceri alanlarını geliştirmeye, onarmaya yönelik planlamalar yapılmaktadır. Etkilenimin düzelmesinin mümkün olmadığı progresif tablolarda kompensatuvar yaklaşım tercih edilerek mevcut durumu kompanse ederek günlük yaşam aktivitelerine katılımın desteklenmesi amaçlanmaktadır (Şahin ve ark., 2016).

Mesleki rehabilitasyon

Ergoterapinin bu alandaki geçmişı 18. yy'a uzanmaktadır ve 20. yy'da çalışanların sağlığını korumayı amaçlayan ve çalışma ortamlarını düzenleyici resmi gelişmeler yaşanmıştır ve bu süreçte meydana gelen 1. ve 2. Dünya Savaşları'nda yaralanan kişilerin günlük hayata geri dönüşünü hızlandırmak amacıyla yapılan çalışmalar mesleki rehabilitasyon sürecinin gelişmesine katkı sağlamıştır (Kayıhan ve Köse, 2018). Danışanlara psikolojik ve sosyal destek yanında fiziksel gelişimi destekleyici uygulamalarda da bulunulmuştur (Çimşir, 2019).

Mesleki rehabilitasyon kaza, engellilik veya hastalık durumu nedeniyle düzenli çalışma hayatı kesintiye uğramış veya maaşlı bir işte çalışmamış kişilerin fiziksel, kognitif ve kişisel yönetim becerilerine göre mesleki işlevselliklerini geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Kişinin özellikleri, aktivite yeterlilikleri ve çevresel etkenler süreci şekillendirir. Her geçen gün çalışma alanı derinleşmektedir ve günümüzde çalışan kişilere de uygulanmaktadır. İstihdam sağlanmış kişilerde işe adaptasyon sürecini hızlandırmak için iş ortamına alışma, iletişim becerileri, sorumluluk yönetimi ve öz yönetim becerileri desteklenmekte; kişi mesleki yaralanmalar hakkında bilgilendirilmekte, eklem ve enerji koruma teknikleri öğretilerek iş verimi artırılmaktadır (Kayıhan ve Köse, 2018; Çimşir, 2019).

Serbest zaman yönetimi

Psikotik belirtiler nedeniyle tedavi gören kişilerde içsel motivasyonda azalma, iç dünyaya dönüş, diğer insanlarla iletişimin kısıtlanması, önceden zevk alınan aktivitelerin terk edilmesi ve desteklenmediği sürece tüm gününü tek başına oturarak, TV izleyerek, telefona bakarak veya uyuyarak geçirme davranışı gözlenmektedir (Abaoğlu ve ark., 2015; Kolit ve ark., 2019). Topluma entegrasyonu sürdürmek, geliştirmek ve kişilerin günlük yaşamda aktif rol alması için serbest zaman yönetimine yönelik müdahaleler ergoterapi uygulamalarının vazgeçilmez bir parçasıdır (Suto, 1998).

Ergoterapiye özel bir uygulama yaklaşımı olan Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli'nde grup 2 olarak adlandırdığımız ‘Normlara Uyuma İçin Davranış ve Becerilerin Gelişimi’ evresine kadar serbest zaman aktivitelerine yönelik ilgi gözlenmemektedir (Akı, 2019: 132). Serbest zaman kavramı oluşmuş kişilerle planlanan müdahalelerde davranışsal aktivasyon desteklenerek danışanın gününü organize edebilmesi, eskiden zevk alarak gerçekleştirdiği aktivitelerine geri dönmesi, yeni ilgi alanları keşfetmesi amaçlanmaktadır. Gerekli görülen durumlarda yönlendirici yaklaşımlarda bulunulmakta, kişiye özel sorumluluklar verilebilmektedir (Torpil, 2017: 5; Abaoğlu, 2019; Akı, 2019: 132).

Serbest zaman aktivitelerini detaylandırarak olursak ‘‘Sessiz Rekreasyon’’, ‘‘Aktif Rekreasyon’’ ve ‘‘Sosyalizasyon’’ şeklinde üçe ayırabiliriz. Sessiz rekreasyon aktiviteleri için efor sarf etmeye gerek yoktur. Pasif katılım söz konusudur. TV izleme, müzik dinleme, koleksiyonlar (para, kum, pul, plak, rozetli sigara paketi, kalem vs.), kitap okuma, el işi örgü çalışmaları örnek olarak verilebilir. Aktif rekreasyon aktiviteleri; bireysel olarak hareket etmeyi, gelişmeyi ve efor sarf etmeyi gerektiren aktivitelerdir. Endüransı artırır. Seyahat etmek, kurslara katılmak, spor yapmak, evcil hayvan bakımı yapmak, tiyatroya gitmek, sinemaya gitmek, parkta yürüyüş yapmak örnek olarak verilebilir. Sosyalizasyon aktiviteleri en az iki kişi arasında gerçekleştirilir. Sosyal becerileri destekleyicidir, iletişim ve etkileşim kurmayı gerektirir. Aktiviteler sırasında paylaşımda bulunulur. Telefonda konuşmak, mektup yazmak, arkadaşlarla kahve içmek, aile ziyaretinde bulunmak, sosyal aktivite planlamak, grup aktivitelerine katılmak, davet vermek örnek olarak verilebilir (Torpil, 2017: 6; Yaran, 2020a: 77).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kontrol gruplu ön test-son test tasarım olarak yapılmış yarı-deneysel tipte olan bir müdahale çalışmasıdır.

3.2. Araştırma Merkezi

Araştırmamız Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'ne bağlı Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 10 Ocak 2022-29 Nisan 2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışma başlangıcında yataklı psikiyatri servisi sayısı 6 (4 erkek, 2 kadın) iken mart ayında bu sayı 8'e (4 kadın, 4 erkek) yükseldi. Her serviste maksimum 16 hasta bulunmaktaydı, hastalar tek kişilik odalarda kalmakta, uyku ve duş saatleri dışında ortak alanda zaman geçirmekteydi. Servisler arasında tanılara göre bir ayırım bulunmamaktaydı.

3.3. Bireyler

Araştırmamızda 18-65 yaş aralığında olmak, okur-yazar olmak, psikiyatrist tarafından yapılan değerlendirilmenin ardından DSM-5'e göre "Organik Olmayan Psikotik Bozukluklar veya Organik Olmayan Psikoz Tanımlanmamış" tanı ölçütlerini karşılıyor olmak tanı kriterleri olarak belirlendi. Bilinen mental retardasyon (MR) tanısı olan, tedaviye yanıt vermeyen fiziksel ya da nörolojik bir hastalığı bulunan ve EKT alan/almaya başlayan bireyler araştırma dışı bırakıldı. Hastaya veya ailesine tez için onam formu imzalatıldıktan sonra görüşmeler başlatıldı.

Hastalar yatış tarihine göre kontrol ve müdahale grubuna dahil edildi. Yatış yapan tüm hastalara ulaşıldı. Tanısı uygun olduğu halde görme engeli, MR, skabiyez ve yaş sınırından dolayı 6 kişi araştırmaya dahil edilemedi. 46 kişi ile görüşüldü; 5 kişi ilk hafta içerisinde tedavi reddi ile hastaneden ayrıldı, 7 kişi EKT başlandığı için görüşmeye devam edemedi. Araştırma 34 kişi ile tamamlandı. Kontrol ve müdahale grupları 17'şer kişiden oluştu.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılan bireylere Sosyo-Demografik Form, Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli (Vona du Toit Model of Creative Abilities, VdtMoCA) Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ) (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS), Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA) (The Barthel ADL Index, ADL), Nottingham Sağlık Profilli (NSP) (Nottingham Health Profile, NHP), Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) uygulandı.

3.4.1. Sosyo-demografik form

Danışanların yaşını, eğitim düzeyini, mesleğini, çalışma durumunu, gelir düzeyini, kimlerle yaşadığını, hastalık yaşını, kullanılan ilaçları, ailedeki psikiyatrik rahatsızlıkları, sigara, alkol ve madde (ekstazi, metamfetamin, esrar, eroin vd.) kullanım öykülerini ve tıbbi öyküyü almak amacıyla oluşturulan belgedir.

İlgili form EK 7’de verildi.

3.4.2. Vona du to it yaratıcı beceriler modeli yarı yapılandırılmış görüşme formu

1960 yılında Afrika’da geliştirilmiştir. Ruh sağlığı alanında sıklıkla tercih edilmektedir. ‘‘Yaratıcı’’ kelimesi günlük yaşamdaki değişim kapasitesini yansıtmak için kullanılmaktadır. Kişisel yönetim, sosyal beceri, çalışma becerisi ve serbest zaman kullanımını içeren dört performans alanı değerlendirilerek ‘‘Yapıcı Eylem İçin Hazırlık’’, ‘‘Normlara Uyuma İçin Davranış ve Becerilerin Gelişimi’’ ve ‘‘Kendini Gerçekleştirme İçin Davranış ve Becerilerin Gelişimi’’ şeklinde 3 seviyeye ayrılmaktadır (Sherwood, 2011).

Davranışın, irade ve motivasyon seviyesinin ölçülebilir hali olduğunu kabul ederek davranıştaki gelişmeleri gözlemleyerek motivasyon seviyesindeki değişimi ölçer. Motivasyon seviyesi iyileşme süreci hakkında bilgi sahibi olmamıza, müdahale stratejilerini belirlemeye ve tedavi hedeflerini planlamaya yardımcıdır. Her seviyede terapist yönelimli evre, kişi yönelimli evre ve geçiş evresi bulunmaktadır (Sherwood, 2011; Akı, 2019: 132).

İlgili form EK 8'de verildi.

3.4.3. Pozitif ve negatif sendrom ölçeği (PNSÖ)

Otuz maddeden oluşan yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Uygulanması için 35-40 dakikalık görüşme, aileden bilgi alınması veya hasta dosyasının incelenmesi gerekmektedir. Şiddet değerlendirmesi 7 seviyelidir. Puanın artması psikopatolojinin de arttığı anlamına gelir. Pozitif belirtileri, negatif belirtileri ve genel psikopatolojiyi değerlendirmeye yardımcıdır. Pozitif sendrom alt ölçek puanından negatif sendrom alt ölçek puanının çıkarılması ile "İki Uçlu Alt Ölçek Puanı" elde edilir. Bu puan ile hastanın negatif belirtileri mi yoksa pozitif belirtileri mi daha yoğun yaşadığı belirlenir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları sırası ile 0,75; 0,77 ve 0,71'dir (Kostakoğlu ve ark., 1999).

İlgili ölçek EK 9'da verildi.

3.4.4. Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi

Yemek yeme, banyo yapma, günlük bakım, giyinme, defekasyon, miksiyon, tuvalete gitme, yataktan kalkma, ambulasyon ve merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık ve bağımsızlık durumunu değerlendiren 10 maddeden oluşmaktadır. Neden sonuç ilişkisi içermektedir. Kolay uygulanabilir, yansız ve ayrıntılıdır. Puanlar 100 puan üzerinden hesaplanmaktadır ve 60 puan sınırdır, 60+ puan bağımsız işlev anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,93 bulunmuştur (Küçükdeveci ve ark., 2000a).

- 0-20 Puan: tamamen bağımlı
- 21-61 Puan: ileri derecede bağımlı
- 62-90 Puan: Orta derecede bağımlı
- 91-99 puan: hafif derecede bağımlı
- 100 puan: bağımsız anlamlarına gelmektedir.

İlgili indeks EK 10'da verildi.

3.4.5. Nottingham sağlık profili

Algılanan sağlık problemlerini ve bu problemlerin kişinin günlük yaşamı üzerindeki etkilerini belirlemeye yardımcıdır. Hastalar sağlıkla ilgili algılarına bağlı olarak evet veya hayır şeklinde cevap vermektedir. Ölçek iki bölümden oluşur. Birinci bölüm 38 maddeden oluşmaktadır ve 6 alt boyutu değerlendirir. Bunlar (Kkdeveci ve ark., 2000b).

- Ağrı (8 madde)
- Sosyal izolasyon (5 madde)
- Duygusal reaksiyonlar (9 madde)
- Fiziksel aktivite (8 madde)
- Uyku (5 madde)
- Enerji (3 madde)'dir.

Her bölüm 100 puan üzerinden hesaplanır. 0 en iyi sağlık durumunu, 100 en kötü sağlık durumunu gösterir. Alınabilecek en yüksek puan 600'dr. İkinci bölüm ise 7 sorudan oluşmaktadır ve en fazla 7 puan alınmaktadır. Puanın artması yaşanılan problemlerin de arttığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır ve cronbach alfa katsayısı 0,56 ile 0,83 arasında bulunmuştur (Kkdeveci ve ark., 2000b).

İlgili anket EK 11'de verildi.

3.4.6. Montreal bilişsel değerlendirme leği (MoCA)

Bilişsel becerileri değerlendirir. Kısa sureli hafıza, visuospatial yetenekler, yürütme işlevleri, dikkat, konsantrasyon, zaman ve mekana yönelim ve çalışma hafızasını değerlendirmektedir. Testten alınabilecek maksimum puan 30'dur. 21 puan ve üstünde alınan puanlar normal olarak değerlendirilirken, 10–21 arasında değişen bir puan hafif/orta dereceli bilişsel bozukluk ve 0–9 arasında değişen bir puan şiddetli bilişsel bozukluk olarak adlandırılır. Parkinson hastalarında Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır ve cronbach alfa katsayısı 0.664'tür (zdilek ve Kenangil, 2014).

İlgili lek EK 12'de verildi.

3.5. Müdahale

Bu tez çalışmasına dahil edilen tüm hastalar sosyo-demografik form ile değerlendirildikten sonra kontrol ve müdahale gruplarındaki hastalara yatış ve taburculuk haftalarında Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Nottingham Sağlık Profili ve Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği uygulandı. Kontrol grubu ilaç tedavilerinin yanında günaydın (Psikolog yönetiminde) ve tünaydın (Ergoterapist yönetiminde) toplantılarına, psikolog ve doktor görüşmelerine, atölye çalışmalarına, bahçe saatlerine ve servis içerisinde ergoterapist tarafından gerçekleştirilen grup aktivitelerine katıldı; müdahale grubundaki hastalar ile tüm bu çalışmaların yanında kişi merkezli ergoterapi seansı planlandı. Ergoterapi müdahaleleri ile ilgili derleme çalışmaları incelenerek görüşmelerin haftada 2 gün 35-45 dk sürecek şekilde hastanın yatış endikasyonlarına, ihtiyaç ve beklentilerine göre şekillendirilmesine karar verildi (Martin ve ark., 2019).

Hastaneye yatış haftası hastalığın alevlenme ve atak dönemi olmasından dolayı hastaların çoğunda iç görü ve muhakeme kısmiydi. Hastalar beceri, performans ve kapasiteleri hakkında yeterli bilgiye sahip değildi ve hastaların büyük bir kısmı psikiyatrik bir tedaviye ihtiyaçları olmadığını düşünüyordu. Bu nedenle müdahale grubuna dahil edilen hastaların ilk değerlendirme sonrasında yarı yapılandırılmış görüşmeler ile terapi sürecine adapte olmaları desteklendi; duygusal, psikolojik, sosyal, bilişsel, fiziksel ve duyuşsal parametreler düşünülerek kişilerin hayatlarındaki güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar ve tehditler analiz edildi. Terapi süreci doktorlar tarafından planlanan taburculuk haftasına kadar sürdürüldü.

Müdahale basamakları;

- Terapötik ilişkinin başlatılması ve tedaviye uyumun artırılması
- Gözlem ve değerlendirme sonuçları ile birlikte hastanın tedaviden beklentisinin belirlenmesi
- Günlük yaşamdaki rol, rutin ve alışkanlıkların belirlenmesi
- Performans kapasitesinin gelişmesi için gerekli aktivitelerin belirlenmesi ve analiz edilmesi
- Serviste geçirilen süre içerisinde bir sonraki görüşmeye kadar kaygı seviyesini artırmayacak ve tedavi sürecini destekleyici ödevler verilmesi

- Aktivite performansı, davranış seviyesi, motivasyon düzeyi ve tedavi süreci hakkında hastadan geri bildirim alınması ve önerilerde bulunulması
- Yatış süreci için hedeflerin belirlenmesi
- Hedeflere ulaşabilmek için gerekli yetkinliklerin belirlenmesi, aktivitelerin derecelendirilmesi ve önem sırasının oluşturulması
- Yapılan görüşmelerin ve terapi çalışmalarının günlük yaşama adapte edilmesi için hastalarla motivasyonel görüşme yapılması
- Terapinin sonlandırılması ve terapi süreci hakkında geri bildirim alınması olarak belirlendi.

Müdahale grubunda, geçirilen ataktan dolayı psikiyatristler tarafından gerçekleştirilen ilaç düzenlemesi aşamasında hasta ile terapatik ilişki kuruldu. Hastaların servis içerisinde aktif rol alması, zamanını verimli geçirmeleri, katılım ve motivasyon düzeylerinin artması amaçlandı. Servis içerisinde çoğu zaman tercih edilen uyumak ve TV izlemek gibi sessiz rekreasyonlar yerine aktif rekreasyonları tercih etmelerinin önemi aktarıldı ve sosyalizasyon becerilerinin gelişimi desteklendi. Bireysel görüşmeler sırasında kişisel değerler, tecrübeler, günlük yaşam aktiviteleri, zaman yönetimi ve değerleri detaylı olarak analiz edildi. Tedavi gören birey ile empati kuruldu ve tedavi süresince ihtiyaçların, beklentilerin karşılanması amaçlandı. Öz bakımın ve kendine çeki düzen vermenin önemi üzerine farkındalık gelişimi desteklendi. Tedavi süresince geribildirimlerde bulunularak motivasyonel görüşmeler yapıldı. Servis uyumunun, bağımsızlık seviyesinin, yaşam kalitesinin artması için ödevler verildi ve bir sonraki görüşmede, verilen ödevler hakkında geri bildirimler alındı. Aktiviteler hastanın seviyesine ve uygulanan ölçek, test sonuçlarına göre şekillendirildi.

Farkı bulma oyunları, dikkat kartları, olay sıralama kartları, hikaye oluşturma kartları, eylem ve duygu kartları, hafıza ve dikkat becerilerini destekleyici okuma çalışmaları, örnek olaylarla problem çözme becerisi çalışmaları, şekil kopyalama çalışmaları, blok dizaynı ve kopyalama çalışmaları, puzzle, sanat terapisi teknikleri, duysal regülasyonu geliştirici egzersizler, iletişim becerileri ve duygular ile ilgili animasyonlar, duygu farkındalığının gelişmesi ve olumsuz duygularla başa çıkma yöntemleri üzerine paylaşımlar, stresle başa çıkma tekniklerinin öğretilmesi, sosyal beceri eğitimi kapsamında gerçekleştirilen canlandırma çalışmaları, gelecek planlamaları, mevcut beceriler ve potansiyel ile ilgili farkındalık eğitimi, zamanın organize edilmesinin desteklenmesi, aktivitelerin

derecelendirilmesi ve çeşitlendirilmesi çalışmaları, öz bakımın düzenli olarak gerçekleştirilmesi için farkındalık eğitimi müdahale grubunda kişi merkezli ergoterapi seanslarında gerçekleştirilen çalışmalardan bazılarıdır.

Kontrol ve müdahale grubuna alınmış olan her hasta için gerçekleştirilmiş olan yatış ve taburculuk haftası değerlendirmeleri bağımlı değişkenlerdi. Müdahale ve kontrol grubu arasındaki karşılaştırma ise bağımsız değişkenlerdi.

3.6. İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı normallik testlerinin yanı sıra histogram, Q-Q grafiği ve kutu-çizgi (box-plot) grafikleri ile; çarpıklık ve basıklık; varyasyon katsayısı gibi dağılım ölçüleriyle değerlendirilebilir (Hayran ve Hayran, 2011). Normalliğin sağlanması için verilerin saçılma diyagramında değerlerin 45 derecelik doğruya yakın gözlenmesi ve kutu çizgi grafiğinde kutunun ortanca çizgisini ortalayarak konumlanması gerekir (Büyüköztürk, 2011). Normal dağılım uygunluk normallik testleri ve basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiştir.

Güvenirlilik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2006). Yapılan testlerin ve sonuçların güvenilir olabilmesi için ölçümlerin güvenilir olmasını gerekmektedir. Bu bağlamda ölçeğe ilişkin güvenirlilikler Cronbach's Alpha ile incelenmiştir.

Ölçek puanlarının normal dağılım varsayımını sağladığı tespit edilmiştir. Bu durumda niceliksel verilerin karşılaştırılması için iki grup karşılaştırılması için bağımsız örneklem t testi, ön test ve son test karşılaştırmaları için bağımlı örneklem t testi uygulanmıştır. Kategorik verilerin homojenliği kıkare analizi ile incelenmiştir. Anlamlılık düzeyi %95 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Power Analizi

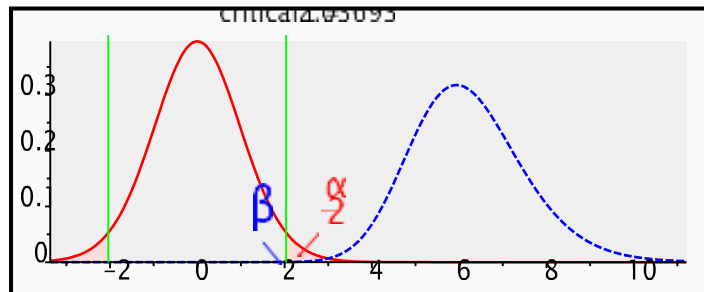
Çalışmanın gücü “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak hesaplanmıştır. 34 kişiye uygulanan analiz sonucunda $\alpha=0.05$ düzeyinde post-hoc olarak hesaplanan çalışmanın gücü 0.99 olarak hesaplanmıştır. Post hoc analizi için minimum elde edilmesi gereken power değeri 0.67’dir. Bu durumda yapılan power kabul edilebilir düzeydedir, veri sayısı yeterlidir (Şekil 2.)

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

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input: Tail(s) = Two
Effect size d = 2.0798534
 α err prob = 0.05
Sample size group 1 = 17
Sample size group 2 = 17

Output: Noncentrality parameter δ = 6.0637626
Critical t = 2.0369333
Df = 32
Power (1- β err prob) = 0.9999546



Şekil 2: Power Analizi

4.2. Sosyo-Demografik Verilere Ait Bulgular

Araştırmaya katılan hastalara ilişkin bilgiler Tablo 7’de ayrıntılı şekilde verilmiştir.

Tablo 7: Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

		Kontrol (n=17)		Müdahale (n=17)		Test Değeri	p
Değişkenler		X'	SS	X'	SS		
Yaş (Yıl)		34,53	12,36	34,94	11,79	-0,099 ^T	0,921
Hastalık Süresi (Yıl)		4,55	3,80	9,51	9,51	-1,997 ^T	0,059
Yatış Süresi (Gün)		30,53	9,91	26,12	11,60	1,192 ^T	0,242
Değişkenler		n	%	n	%	X ²	p
Cinsiyet	Kadın	4	23,5	4	23,5	0,000	1,000
	Erkek	13	76,5	13	76,5		
Eğitim Durumu	İlkokul	5	29,4	5	29,4	4,573	0,206
	Ortaokul	4	23,5	1	5,9		
	Lise	3	17,6	8	47,1		
	Üniversite	5	29,4	3	17,6		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	3	17,6	1	5,9	1,133	0,287
	Çalışmıyor	14	82,4	16	94,1		
Medeni Durum	Bekar	11	64,7	8	47,1	2,140	0,343
	Boşanmış	2	11,8	1	5,9		
	Evli	4	23,5	8	47,1		
Yaşanılan Kişi	Tek	1	5,9	2	11,8	1,952	0,377
	Anne/Baba/Kardeş	12	70,6	8	47,1		
	Eş/Çocuk	4	23,5	7	41,2		
Sigara	Kullanıyor	12	70,6	11	64,7	0,134	0,714
	Kullanmıyor	5	29,4	6	35,3		

Tablo 7: Araştırmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (devam)

Alkol	Kullanıyor	2	11,8	4	23,5	0,810	0,368
	Kullanmıyor	15	88,2	13	76,5		
Madde (ekstazi, metamfetamin, esrar, eroin vd.)	Kullanıyor	8	47,1	6	35,3	0,486	0,728
	Kullanmıyor	9	52,9	11	64,7		

^t: bağımsız örneklem t testi X^2 : ki kare testi

Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde, kontrol grubu katılımcıların yaşlarının ortalama 34,53 olduğu, müdahale grubu katılımcıların yaşlarının ortalama 34,94 olduğu görülmektedir.

Katılımcıların hastalık süresi dağılımları incelendiğinde, kontrol grubu katılımcıların hastalık yıllarının ortalama 4,55 olduğu, müdahale grubu katılımcıların hastalık yıllarının ortalama 9,51 olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yatış süreleri dağılımları incelendiğinde, kontrol grubu katılımcıların yatış sürelerinin ortalama 30,53 gün olduğu, müdahale grubu katılımcıların yatış sürelerinin ortalama 26,12 gün olduğu görülmektedir.

Katılımcıların cinsiyet dağılımları incelendiğinde, kontrol grubu katılımcıların %23,5'inin kadın, %76,5'inin erkek; müdahale grubu katılımcıların %23,5'inin kadın, %76,5'inin erkek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumu dağılımları incelendiğinde, kontrol grubu katılımcıların %29,4'ünün ilkokul, %23,5'inin ortaokul, %17,6'sının lise, %29,4'ünün üniversite mezunu olduğu; müdahale grubu katılımcıların %29,4'ünün ilkokul, %5,9'unun ortaokul, %47,1'inin lise, %17,6'sının üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumu dağılımları incelendiğinde, kontrol grubu katılımcıların %17,6'sının çalıştığı, %82,4'ünün çalışmadığı; müdahale grubu katılımcıların %5,9'unun çalıştığı, %94,1'inin çalışmadığı görülmektedir.

Katılımcıların medeni durum dağılımları incelendiğinde, kontrol grubu katılımcıların %64,7'sinin bekar, %11,8'inin boşanmış, %23,5'inin evli olduğu; müdahale

grubu katılımcıların %47,1'inin bekar, %5,9'unun boşanmış, %47,1'inin evli olduğu görülmektedir.

Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişiler incelendiğinde, kontrol grubu katılımcıların %5,9'unun tek, %70,6'sının anne/baba/kardeş, %23,5'inin eş/çocuk olduğu; müdahale grubu katılımcıların %11,8'inin tek, %47,1'inin anne/baba/kardeş, %41,2'sinin eş/çocuk olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu katılımcıların %70,6'sının sigara; %11,8'inin alkol, %47,1'inin madde kullanımı olduğu; müdahale grubu katılımcıların %64,7'sinin sigara; %23,5'inin alkol, %35,3'ünün madde kullanımı olduğu görülmektedir.

Katılımcıların tanıtıcı özellikler bakımından kontrol ve müdahale gruplarında homojen dağılım gösterdiği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

4.3. Güvenirlilik Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları Tablo 8'de verilmiştir. Güvenirlilik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etme amacıyla yapılmaktadır (Ural ve Kılıç, 2006: 280). Güvenirlilik analizinde, 0-1 arasında değişen Cronbach's Alpha (α) katsayısı değeri; 0.00-0.40 arasında ise ölçeğin güvenilir olmadığı; 0.40-0.60 arasında ise düşük güvenirlilikte, 0.60-0.80 arasında ise oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Tavşancıl, 2005).

Tablo 8: Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları

Ölçek ve Boyutları	Cronbach's Alpha	
	Ön Test	Son Test
Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli	0,886	0,955
Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (Panss)	0,853	0,854
Barthel Gya İndeksi	0,656	0,709

Tablo 8: Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları (devam)

Ölçek ve Boyutları	Cronbach's Alpha	
	Ön Test	Son Test
Nottingham Sağlık Profili	0,696	0,796
Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği	0,486	0,575

Tez çalışmasında kullanılan ölçeklerin güvenilirlik analizi sonuçları incelendiğinde Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli'nin, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin yüksek derecede güvenilir olduğu; Barthel GYA İndeksi'nin, Nottingham Sağlık Profili'nin oldukça güvenilir olduğu; Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği'nin düşük güvenilirlikte olduğu görülmektedir.

4.4. Davranış ve Motivasyon Seviyelerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli puanlarının karşılaştırılmasında gruplar arası karşılaştırma için uygulanan bağımsız örneklem t testi ve grup içi karşılaştırma için uygulanan bağımlı örneklem t testi sonuçları Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Vona du toit yaratıcı beceriler modeli puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Boyutları		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu		Test Değeri	p ¹
		X'	SS	X'	SS		
Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli	Ön Test	9,88	2,12	9,47	2,32	0,540	0,593
	Son Test	11,82	2,04	15,94	1,92	-6,064	0,000*
Test Değeri		-6,996		-10,354			
p²		0,000*		0,000*			

* $p < 0,05$ p¹: Gruplar arası karşılaştırma (bağımsız örneklem t testi) p²: Grup içi karşılaştırma (bağımlı örneklem t testi)

Kontrol grubu ve müdahale grubu katılımcıların Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubu katılımcıların ve müdahale grubu katılımcıların Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli son test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arası karşılaştırmada müdahale grubu katılımcıları Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli son test puanlarının kontrol grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Her iki grup da tedavi ve terapi sürecinden olumlu geri dönüş almıştır, müdahale grubundaki iyileşme daha yüksektir.

Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli'ne göre müdahale ve kontrol gruplarındaki bireylerin müdahale öncesi ve sonrası motivasyon seviyeleri Tablo 10 ve Tablo 11'de verildi. Buna göre, kontrol grubunda 3 kişinin (%18) motivasyon seviyesi ve evresi aynı kaldı, 5 kişinin (%29) motivasyon seviyesi aynı kalırken seviyedeki evresi gelişti, 9 kişinin (%53) motivasyon seviyesi 1 basamak ilerleme gösterdi. Müdahale grubunda ise 4 kişinin (%24) motivasyon seviyesi 1 basamak, 8 kişinin (%47) motivasyon seviyesi 2 basamak, 5 kişinin (%29) motivasyon seviyesi 3 basamak ilerledi.

Tablo 10: Kontrol grubunun müdahale öncesi ve sonrası motivasyon seviyeleri

KONTROL GRUBU	ÖN TEST	SON TEST
1	Kendini İfade Eden-Terapist Yönelimli Evre	Kendini İfade Eden-Kişi Yönelimli Evre
2	Kendini İfade Eden-Kişi Yönelimli Evre	Kendini İfade Eden-Geçiş Evresi
3	Kendini İfade Eden-Kişi Yönelimli Evre	Kendini İfade Eden-Kişi Yönelimli Evre
4	Benlik Farklılaşması- Terapist Yönelimli Evre	Benlik Farklılaşması- Kişi Yönelimli Evre
5	Kendini İfade Eden-Kişi Yönelimli Evre	Pasif Katılım-Kişi Yönelimli Evre
6	Benlik Farklılaşması- Kişi Yönelimli Evre	Kendini İfade Eden-Terapist Yönelimli Evre
7	Kendini İfade Eden-Kişi Yönelimli Evre	Pasif Katılım-Terapist Yönelimli Evre

Tablo 10: Kontrol grubunun müdahale öncesi ve sonrası motivasyon seviyeleri (devam)

KONTROL GRUBU	ÖN TEST	SON TEST
8	Benlik Farklılaşması- Kişi Yönelimli Evre	Benlik Farklılaşması- Kişi Yönelimli Evre
9	Pasif Katılım-Kişi Yönelimli Evre	Pasif Katılım-Geçiş Evresi
10	Kendini İfade Eden-Terapist Yönelimli Evre	Kendini İfade Eden-Geçiş Evresi
11	Kendini İfade Eden-Geçiş Evresi	Pasif Katılım-Kişi Yönelimli Evre
12	Kendini İfade Eden-Kişi Yönelimli Evre	Pasif Katılım-Kişi Yönelimli Evre
13	Benlik Farklılaşması- Kişi Yönelimli Evre	Kendini İfade Eden-Geçiş Evresi
14	Kendini İfade Eden-Terapist Yönelimli Evre	Pasif Katılım-Terapist Yönelimli Evre
15	Kendini İfade Eden-Terapist Yönelimli Evre	Kendini İfade Eden-Terapist Yönelimli Evre
16	Benlik Farklılaşması- Kişi Yönelimli Evre	Kendini İfade Eden-Kişi Yönelimli Evre
17	Kendini İfade Eden-Kişi Yönelimli Evre	Pasif Katılım-Terapist Yönelimli Evre

Tablo 11: Müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası motivasyon seviyeleri

MÜDAHALE GRUBU	ÖN TEST	SON TEST
1	Benlik Farklılaşması-Kişi Yönelimli Evre	Benzetmeye Dayalı Katılım-Terapist Yönelimli Evre
2	Kendini İfade Eden-Terapist Yönelimli Evre	Pasif Katılım-Kişi Yönelimli Evre
3	Kendini İfade Eden-Kişi Yönelimli Evre	Aktif Katılım-Kişi Yönelimli Evre
4	Kendini İfade Eden-Terapist Yönelimli Evre	Pasif Katılım- Terapist Yönelimli Evre
5	Benlik Farklılaşması- Kişi Yönelimli Evre	Benzetmeye Dayalı Katılım-Terapist Yönelimli Evre

Tablo 11: Müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası motivasyon seviyeleri (devam)

MÜDAHALE GRUBU	ÖN TEST	SON TEST
6	Benlik Farklılaşması- Kişi Yönelimli Evre	Pasif Katılım-Kişi Yönelimli Evre
7	Kendini İfade Eden- Kişi Yönelimli Evre	Benzetmeye Dayalı Katılım- Terapist Yönelimli Evre
8	Benlik Farklılaşması- Kişi Yönelimli Evre	Benzetmeye Dayalı Katılım-Terapist Yönelimli Evre
9	Kendini İfade Eden-Geçiş Evresi	Benzetmeye Dayalı Katılım-Geçiş Evresi
10	Pasif Katılım- Kişi Yönelimli Evre	Benzetmeye Dayalı Katılım-Kişi Yönelimli Evre
11	Benlik Farklılaşması- Kişi Yönelimli Evre	Pasif Katılım-Terapist Yönelimli Evre
12	Benlik Farklılaşması- Geçiş Evresi	Pasif Katılım-Kişi Yönelimli Evre
13	Kendini İfade Eden- Kişi Yönelimli Evre	Pasif Katılım- Geçiş Evresi
14	Kendini İfade Eden-Terapist Yönelimli Evre	Benzetmeye Dayalı Katılım-Kişi Yönelimli Evre
15	Kendini İfade Eden-Terapist Yönelimli Evre	Benzetmeye Dayalı Katılım-Kişi Yönelimli Evre
16	Benlik Farklılaşması- Kişi Yönelimli Evre	Benzetmeye Dayalı Katılım-Kişi Yönelimli Evre
17	Kendini İfade Eden- Kişi Yönelimli Evre	Benzetmeye Dayalı Katılım-Geçiş Evresi

4.5. Pozitif, Negatif Belirtiler ve Genel Psikopatoloji İle İlgili Bulgular

Katılımcıların Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ) ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında gruplar arası karşılaştırma için uygulanan bağımsız örneklem t testi ve grup içi karşılaştırma için uygulanan bağımlı örneklem t testi sonuçları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Pozitif ve negatif sendrom ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Boyutları		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu		Test Değeri	p ¹
		X'	SS	X'	SS		
Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği	Ön Test	33,76	6,49	37,53	5,70	-1,797	0,082
	Son Test	26,35	6,32	19,65	4,44	3,577	0,001*
Test Değeri		7,033		16,650			
p²		0,000*		0,000*			
Negatif Sendrom Alt Ölçeği	Ön Test	34,82	7,29	37,47	4,98	-1,236	0,225
	Son Test	30,76	7,43	19,59	3,99	5,466	0,000*
Test Değeri		3,543		20,078			
p²		0,003*		0,000*			
Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği	Ön Test	73,29	10,81	79,35	8,27	-1,836	0,076
	Son Test	58,29	8,96	40,41	5,88	6,880	0,000*
Test Değeri		9,779		18,898			
p²		0,000*		0,000*			
PNSÖ Toplam	Ön Test	141,88	20,50	154,35	15,21	-2,014	0,052
	Son Test	115,88	20,49	79,65	12,30	6,250	0,000*
Test Değeri		9,791		22,173			
p²		0,000*		0,000*			

*p<0,05p¹: Gruplar arası karşılaştırma (bağımsız örneklem t testi) p²: Grup içi karşılaştırma (bağımlı örneklem t testi)

Kontrol grubu ve müdahale grubu katılımcıların PNSÖ Toplam, Pozitif Belirtiler Alt Ölçeği, Negatif Belirtiler Alt Ölçeği, Genel Psikopatoloji Alt Ölçeği ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Kontrol grubu katılımcıları son test puanlarının müdahale grubu

katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Her iki grup da tedavi ve terapi sürecinden olumlu geri dönüş almıştır, müdahale grubundaki iyileşme daha yüksektir. Bu bulgular doğrultusunda “Kişi Merkezli Ergoterapi Müdahalesi”nin pozitif belirtiler, negatif belirtiler, genel ve psikopatoloji üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.

4.6. Temel Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık Düzeyine Ait Bulgular

Katılımcıların Barthel GYA İndeksi puanlarının karşılaştırılmasında gruplar arası karşılaştırma için uygulanan bağımsız örneklem t testi ve grup içi karşılaştırma için uygulanan bağımlı örneklem t testi sonuçları Tablo 13’te verilmiştir.

Tablo 13: Barthel günlük yaşam aktiviteleri indeksi puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Boyutları	Kontrol Grubu		Müdahale Grubu		Test Değeri	p ¹	
	X'	SS	X'	SS			
Barthel GYA İndeksi	Ön Test	82,35	10,02	79,41	10,29	0,844	0,405
	Son Test	87,94	8,11	97,65	3,12	-4,604	0,000*
Test Değeri	-4,642		-7,906				
p²	0,000*		0,000*				

* $p < 0,05$ p¹: Gruplar arası karşılaştırma (bağımsız örneklem t testi) p²: Grup içi karşılaştırma (bağımlı örneklem t testi)

Kontrol grubu ve müdahale grubu katılımcıların Barthel GYA İndeksi ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Kontrol grubu katılımcıların ve müdahale grubu katılımcıların Barthel GYA İndeksi son test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arası karşılaştırmada müdahale grubu katılımcıları Barthel GYA İndeksi son test puanlarının kontrol grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha

yüksek olduğu görülmektedir. Her iki grup da tedavi ve terapi sürecinden olumlu geri dönüş almıştır. Müdahale grubundaki iyileşme daha yüksektir.

4.7. Sağlık Algısı İle İlişkili Bulgular

Katılımcıların Nottingham Sağlık Profili ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında gruplar arası karşılaştırma için uygulanan bağımsız örneklem t testi ve grup içi karşılaştırma için uygulanan bağımlı örneklem t testi sonuçları Tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14: Nottingham sağlık profili puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Boyutları		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu		Test Değeri	p ¹
		X'	SS	X'	SS		
Ağrı	Ön Test	16,97	22,29	27,08	32,24	-1,063	0,296
	Son Test	8,07	11,66	4,90	7,64	0,938	0,356
Test Değeri		2,998		3,315			
p²		0,009*		0,004*			
Sosyal İzolasyon	Ön Test	62,48	23,40	66,98	17,72	-0,632	0,532
	Son Test	54,36	27,53	20,25	14,50	4,520	0,000*
Test Değeri		1,635		10,135			
p²		0,121		0,000*			
Duygusal Reaksiyon	Ön Test	66,92	20,92	68,84	14,70	-0,309	0,759
	Son Test	48,04	19,15	26,72	7,44	4,279	0,000*
Test Değeri		3,059		11,971			
p²		0,007*		0,000*			
Uyku	Ön Test	70,91	22,55	66,47	23,94	0,557	0,581
	Son Test	60,50	24,76	24,72	12,92	5,281	0,000*

Tablo 14: Nottingham sağlık profili puanlarının karşılaştırılması (devam)

Ölçek ve Boyutları		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu		Test Değeri	p ¹
		X'	SS	X'	SS		
Test Değeri		2,418		6,316			
p²		0,028*		0,000*			
Fiziksel Aktivite	Ön Test	13,66	26,49	15,77	22,92	-0,248	0,806
	Son Test	11,15	20,99	3,25	6,48	1,485	0,154
Test Değeri		1,440		2,745			
p²		0,169		0,014*			
Enerji	Ön Test	63,44	36,19	62,40	37,64	0,082	0,935
	Son Test	47,76	28,87	24,47	21,81	2,654	0,012*
Test Değeri		3,316		5,065			
p²		0,004*		0,000*			
BÖLÜM 1	Ön Test	293,06	91,02	300,36	85,39	-0,241	0,811
	Son Test	229,85	83,81	104,25	37,06	5,651	0,000*
Test Değeri		3,920		10,981			
p²		0,001*		0,000*			
BÖLÜM 2	Ön Test	5,18	1,42	4,88	1,54	0,579	0,567
	Son Test	3,59	1,70	1,65	0,93	4,133	0,000*
Test Değeri		5,125		11,627			
p²		0,000*		0,000*			

* $p < 0,05$ p¹: Gruplar arası karşılaştırma (bağımsız örneklem t testi) p²: Grup içi karşılaştırma (bağımlı örneklem t testi)

Kontrol grubu ve müdahale grubu katılımcıların ağrı alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubu katılımcıların ve müdahale grubu katılımcıların ağrı alt boyut ön test puanlarının son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol ve müdahale grubu karşılaştırıldığında ağrı alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Kontrol grubu katılımcıların sosyal izolasyon alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Müdahale grubu katılımcıların sosyal izolasyon alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Müdahale grubu katılımcıların sosyal izolasyon alt boyut ön test puanlarının son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arası karşılaştırmada kontrol grubu katılımcıları sosyal izolasyon alt boyut son test puanlarının müdahale grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir, müdahale grubundaki iyileşme daha yüksektir.

Kontrol grubu ve müdahale grubu katılımcıların duygusal reaksiyon alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubu katılımcıların ve müdahale grubu katılımcıların duygusal reaksiyon alt boyut ön test puanlarının son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arası karşılaştırmada kontrol grubu katılımcıları son test puanlarının müdahale grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Her iki grup da tedavi ve terapi sürecinden olumlu geri dönüş almıştır, müdahale grubundaki iyileşme daha yüksektir.

Kontrol grubu ve müdahale grubu katılımcıların uyku alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubu katılımcıların ve müdahale grubu katılımcıların uyku alt boyut ön test puanlarının son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arası karşılaştırmada kontrol grubu katılımcıları uyku alt boyut son test puanlarının müdahale grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Her iki grup da tedavi ve terapi sürecinden olumlu geri dönüş almıştır, müdahale grubundaki iyileşme daha yüksektir.

Kontrol grubu katılımcıların fiziksel aktivite alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Müdahale grubu katılımcıların fiziksel aktivite alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Müdahale grubu katılımcıların fiziksel aktivite alt boyut ön test puanlarının son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu ve müdahale grubu katılımcıların enerji alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubu katılımcıların ve müdahale grubu katılımcıların enerji alt boyut ön test puanlarının son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arası karşılaştırmada kontrol grubu katılımcıları son test puanlarının müdahale grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Her iki grup da tedavi ve terapi sürecinden olumlu geri dönüş almıştır, müdahale grubundaki iyileşme daha yüksektir.

Kontrol grubu ve müdahale grubu katılımcıların bölüm 1 alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubu katılımcıların ve müdahale grubu katılımcıların bölüm 1 alt boyut son test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Gruplar arası karşılaştırmada kontrol grubu katılımcıları bölüm 1 alt boyut son test puanlarının müdahale grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Her iki grup da tedavi ve terapi sürecinden olumlu geri dönüş almıştır, müdahale grubundaki iyileşme daha yüksektir.

Kontrol grubu ve müdahale grubu katılımcıların bölüm 2 alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubu katılımcıların ve müdahale grubu katılımcıların bölüm 2 alt boyut son test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Her iki grup da tedavi ve terapi sürecinden olumlu geri dönüş almıştır, müdahale grubundaki iyileşme daha yüksektir.

Tüm bölümlerin incelenmesi sonucunda değişimin müdahale grubu kaynaklı olduğu göz önüne alındığında kişi merkezli Ergoterapi müdahalesinin sosyal izolasyon, duygusal reaksiyon, uyku, enerji, bölüm 1 ve bölüm 2 içeriklerinde iyilik halini artırdığı; şikayetlerin, belirtilerin azalmasında etkili olduğu sonucuna varılmaktadır.

4.8. Bağımsız Hareket Etmek İçin Gerekli Kognitif Becerilere İlişkin Bulgular

Katılımcıların Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında gruplar arası karşılaştırma için uygulanan bağımsız örneklem t testi ve grup içi karşılaştırma için uygulanan bağımlı örneklem t testi sonuçları Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15: Montreal bilişsel değerlendirme ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve Boyutları		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu		Test Değeri	p ¹
		X'	SS	X'	SS		
Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği	Ön Test	17,94	3,15	15,00	3,92	2,411	0,022*
	Son Test	19,06	3,58	24,29	2,73	-4,793	0,000*
Test Değeri		-1,537		-16,200			
p²		0,144		0,000*			
Görsel Mekansal/Yönetici İşlevler	Ön Test	1,71	1,26	1,00	1,22	1,654	0,108
	Son Test	1,71	1,49	3,24	1,30	-3,188	0,003*
Test Değeri		0,000		-6,056			
p²		1,000		0,000*			
Adlandırma	Ön Test	2,41	0,62	2,29	0,69	0,525	0,603
	Son Test	2,41	0,62	2,94	0,24	-3,286	0,004*
Test Değeri		0,000		-4,400			
p²		1,000		0,000*			
Dikkat	Ön Test	4,06	1,25	3,47	1,28	1,356	0,185
	Son Test	4,53	1,18	5,41	0,62	-2,733	0,010*
Test Değeri		-1,725		-8,282			
p²		0,104		0,000*			
Lisan	Ön Test	1,59	0,94	1,29	0,99	0,891	0,380
	Son Test	2,00	0,79	2,18	0,73	-0,677	0,503

Tablo 15: Montreal bilişsel değerlendirme ölçeği puanlarının karşılaştırılması (devam)

Ölçek ve Boyutları		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu		Test Değeri	p ¹
		X'	SS	X'	SS		
Test Değeri		-2,135		-3,922			
p²		0,049*		0,001*			
Soyut Düşünme	Ön Test	1,29	0,47	0,82	0,73	2,240	0,032*
	Son Test	0,94	0,56	1,59	0,51	-3,546	0,001*
Test Değeri		2,954		-5,607			
p²		0,009*		0,000*			
Gecikmeli Hatıza	Ön Test	2,35	1,11	2,29	0,69	0,185	0,854
	Son Test	2,47	0,94	3,53	0,80	-3,530	0,001*
Test Değeri		-0,489		-6,769			
p²		0,632		0,000*			
Yönelim	Ön Test	4,41	1,23	3,88	1,05	1,349	0,187
	Son Test	4,88	0,60	5,41	0,62	-2,533	0,016*
Test Değeri		-1,577		-7,211			
p²		0,134		0,000*			

*p<0,05p¹: Gruplar arası karşılaştırma (bağımsız örneklem t testi) p²: Grup içi karşılaştırma (bağımlı örneklem t testi)

Kontrol grubu katılımcıların Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05). Müdahale grubu katılımcıların Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,05). Müdahale grubu katılımcıların Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği son test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubu katılımcıları Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği ön test puanlarının müdahale grubu katılımcıları ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Müdahale grubu katılımcıları Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği son test puanlarının kontrol grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu katılımcıların görsel mekansal/yönetici işlevler alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Müdahale grubu katılımcıların görsel mekansal/yönetici işlevler alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Müdahale grubu katılımcıların görsel mekansal / yönetici işlevler alt boyut son test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Müdahale grubu katılımcıları görsel mekansal/yönetici işlevler alt boyut son test puanlarının kontrol grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu katılımcıların adlandırma alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Müdahale grubu katılımcıların adlandırma alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Müdahale grubu katılımcıların adlandırma alt boyut son test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Müdahale grubu katılımcıları adlandırma alt boyut son test puanlarının kontrol grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu katılımcıların dikkat alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Müdahale grubu katılımcıların dikkat alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Müdahale grubu katılımcıların dikkat alt boyut son test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Müdahale grubu katılımcıları dikkat alt boyut son test puanlarının kontrol grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu ve müdahale grubu katılımcıların lisan alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubu katılımcıların ve müdahale grubu katılımcıların lisan alt boyut son test puanlarının ön test

puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların gruplarına göre lisan boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Kontrol grubu ve müdahale grubu katılımcıların soyut düşünme alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p<0,05$). Kontrol grubu katılımcıların soyut düşünme alt boyut ön test puanlarının son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Müdahale grubu katılımcıların soyut düşünme boyut son test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol grubu katılımcıları soyut düşünme alt boyut ön test puanlarının müdahale grubu katılımcıları ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Müdahale grubu katılımcıları soyut düşünme alt boyut son test puanlarının kontrol grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu katılımcıların gecikmeli hafıza alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Müdahale grubu katılımcıların gecikmeli hafıza alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p<0,05$). Müdahale grubu katılımcıların gecikmeli hafıza alt boyut son test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu ve müdahale grubu katılımcıları gecikmeli hafıza alt boyut son test puanlarının kontrol grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kontrol grubu katılımcıların yönelim alt boyut ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Müdahale grubu katılımcıların yönelim alt boyut ön test ve son test puanları arasında ve gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p<0,05$). Müdahale grubu katılımcıların yönelim alt boyut son test puanlarının ön test puanlarına göre daha yüksek olduğu ve müdahale grubu katılımcıları yönelim alt boyut son test puanlarının kontrol grubu katılımcıları son test puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tüm bölümlerin incelenmesi sonucunda değişimin müdahale grubu kaynaklı olduğu göz önüne alındığında kişi merkezli Ergoterapi müdahalesinin bilişsel becerileri destekleyici rol oynadığı; görsel mekansal/yönetici işlevler, adlandırma, dikkat, soyut düşünme, gecikmeli hafıza, yönelim alt boyutlarının gelişmesinde etkili olduğu sonucuna varılmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, yatarak tedavi görmekte olan organik olmayan psikoz tanısı almış bireylerde kişi merkezli ergoterapi müdahalesinin bağımsızlık düzeyi, sağlık algısı ve psikopatolojik belirtiler üzerine etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü olarak planlandı. Araştırma sonucunda, yatış sürecinde devam eden kişi merkezli ergoterapi müdahalesinin davranış ve motivasyon seviyesini geliştirdiği; pozitif, negatif ve genel psikopatolojik belirtilerin gerilemesinde etkili olduğu; günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyini iyileştirdiği; duygusal reaksiyonun düzenlenmesinde, sosyal izolasyonun azalmasında, uyku kalitesinin artmasında, enerji korunumunda etkili olduğu; ağrı ve fiziksel aktivite alanlarında anlamlı bir fark açığa çıkarmadığı; görsel mekansal/yönetici işlevler, adlandırma, dikkat, soyut düşünme, gecikmeli hafıza, yönelim becerilerini geliştirdiği; lisan becerisinde anlamlı bir fark açığa çıkarmadığı saptandı.

Robinson ve Avollon (1990), bilimsel araştırmalarında psikiyatrik tanı sonucunda yatarak tedavi gören kişilerin olduğu servislerde çalışan ergoterapistlerin; yapay bir ortamda işlevsel sorunları ele almakta, günlük hayattaki rolleri analiz etmekte ve müdahalede bulunmakta zorluk yaşadıklarını, müdahale ve takip için yeterli zamanın olmadığını ifade etmiştir. Çalışmamıza dahil olan hasta grupları analiz edildiğinde yatış süresinin ortalama olarak kontrol grubunda 30,53 gün; müdahale grubunda 26,12 gün olduğu saptanmıştır. Zaman kısıtlılığı ve servis içinde net kuralların olması, kişilerin günlük yaşamında gözlenememesi, atak ve alevlenme dönemlerinde kişilerin sağlıklı düşünememesi, iç görü ve muhakeme becerilerinin kısıtlı olması veya olmaması gibi durumlar bizim de karşılaştığımız zorluklardan bazılarıdır.

Tel ve ark. (2010) bilimsel çalışmalarında psikotik bozukluğa bağlı olarak tedavi gören hastaların %70-80'inin tedaviye uyum sağlayamadıklarını tespit etmiştir. Çalışmamızda dahil edilme kriterlerini karşılayan ve bireyden/ailesinden onam alınmış 46 kişi tez çalışmasına dahil edilmiştir. 46 kişi arasından 5 kişinin ilk hafta içerisinde tedaviyi reddettiği ve ailesinden alınan imza sonucunda yatışının sonlandırıldığı görülmüştür. Çalışmamıza dahil edilen kişilerin %89'unun tedaviyi sürdürdüğü, katılımın yüksek olduğu görülmektedir. EKT nedeniyle çalışmamız 34 kişi ile tamamlanmıştır, tedavi uyumunun %74 olduğu saptanmıştır. Tel ve ark. (2010) yaptıkları çalışma ile karşılaştırıldığında çalışmamızın tedavi sürdürülebilirliğinin ve uyumunun daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bu sonuçların ortaya çıkmasında tedavi gören kişilerin kendi istek ve talepleri sonucunda tedaviyi sonlandıramamalarının, tedavi reddi için birinci derece yakınların imzasına ihtiyaç duyulmasının veya Ahkam-ı Şahsiye çıkarıldığı durumlarda tedavinin doktor onayı dışında sonlandırılmamasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Binbay ve ark. (2011) bilimsel araştırmalarında psikotik bozukluğa bağlı olarak tedavi gören kişilerin eğitim düzeyinin düşük olduğunu, düzenli bir çalışma hayatının olmadığını, evlenme oranlarının az olduğunu veya hiç evlenmediklerini saptamıştır. Çalışmamız araştırma verileri ile uyumludur. Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu ilkokul veya ortaokul mezunudur; %88,25'i yatış öncesinde çalışmadığını ve %64,7'si bekar veya boşanmış olduğunu ifade etmiştir. Bu sonuçların tekrarlı yatışlar, atak dönemleri, sosyal içe çekilme, mental yıkım, uyku kalitesinin bozulması ve işlevsellikteki azalma ile ilişkili olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Psikotik bozukluklara bağlı olarak tedavi gören kişilerle yapılan araştırmalarda spesifik olarak belli tanı gruplarında cinsiyet analizine ulaşılamamıştır. Binbay ve ark. (2011) bilimsel araştırmalarında psikotik bozukluklarda erkek oranının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızdaki cinsiyet dağılımı incelendiğinde dahil edilen kişilerin %76,5'inin erkek olduğu, kadın katılımcıların sayısı olarak daha az olduğu saptanmıştır. Analiz sonuçları bizden önceki çalışmaların sonuçları ile uyumludur.

Çalışmamıza katılan kişilerin ortalama olarak %67,65'i sigara kullanmaktadır. Toplumda psikotik bozukluğa bağlı tanı almış kişilerin oranı düşük olduğu halde tanı almış kişiler arasında sigara kullanım oranının %58-92 olduğu (Gündoğan, 2019: 28; Karşıdağ, 2005), oranın yüksek olduğu ve çalışmamızdaki oranı destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Sigara kullanımı genel psikopatolojiyi olumsuz yönde etkilemektedir (Karşıdağ, 2005). Gündoğan (2019) bilimsel araştırmasında; sigara bağımlılığının bireysel, ekonomik ve sosyal etkilenimlere sebep olduğunu; dürtüsellliği artırdığını ve tedavi uyumunu bozduğunu, tedavi ve terapi uygulayan kişilerin çalışma şartlarını zorlaştırdığını belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan kişilerin ortalama olarak %17,65'i alkol ve %41,2'sinin madde kullanım öyküsünün olduğu saptanmıştır. Alkol ve madde kullanım öyküsü erkek bireylerde daha fazladır (Binbay ve ark., 2011). Uludağ ve Güleç (2016) bilimsel araştırmalarında, alkol ve madde kullanımı olan psikotik bozukluğa bağlı tanı almış kişilerle çalışmışlardır. Bu kişilerde sosyal ve mesleki işlevselliğin daha düşük olduğunu, yeti yetiminin fazla

olduğunu, genel psikopatolojinin kötüleştiği, ilaç faydasının daha az görüldüğü ve yan etkiler nedeniyle yatış süresinin arttığını saptamışlardır. Çalışmamızdaki madde kullanım öyküsü oranının da yüksek olduğu görülmektedir, uygulanan terapi sırasında yakın zamanda madde ve alkol kullanımı olan hastaların tedaviden daha geç yanıt aldığı gözlenmiştir.

Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli, ruh sağlığı alanında ergoterapistler tarafından sıklıkla kullanılan bir modeldir. Terapistte değerlendirme, tedavi (presnsipler, tedavinin yapılandırılması, aktivitelerin gösterilmesi, aktivite gereklilikleri ve derecelendirilmesi) ve bir sonraki seviyeye geçmek için gereken özellikler hakkında bilgi sahibi olmak için yol göstericidir. Değerlendirme sonucunda davranış ve motivasyon seviyesi belirlenir, tekrarlı analizler sonucunda gelişim takip edilir (Sherwood, 2011). Kişisel yönetim, sosyal beceri, çalışma becerisi ve serbest zaman kullanımı okupasyonel performans alanlarındaki davranış ve motivasyon seviyelerine bakarak kişilerin aktiviteleri, aktivitelerdeki katılımı, aldıkları yardım seviyesi, gelişmesi gereken becerileri hakkında bilgi sahibi olunmaktadır (Castelejin, 2014). Becerilerin gelişimi sonucunda diğer kişilerden alınan desteğin azalması günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık seviyesinin artması ile doğru orantılıdır (Duman ve ark., 2007). Bu nedenle tez çalışmamızda bağımsızlık seviyesini değerlendirmek için kullanılan yöntemlerden birisi de Vona du Toit Yaratıcı Becerileri Modeli'dir.

Türkiye'de ergoterapistler tarafında PNSÖ ölçeği kullanılarak gerçekleştirilen akademik araştırma sayısı yetersizdir. Abaoğlu (2018: 26) gerçekleştirdiği randomize kontrollü bilimsel araştırmasında, şizofreni tanısı almış kişilere uygulanan yaşam becerileri eğitiminin negatif belirtilerde, genel psikopatoloji alt ölçeğinde ve toplam puanda anlamlı bir fark açığa çıkardığını saptamıştır. Zengin (2020a: 60) bilimsel araştırmasında, madde kullanım bozukluğu olan şizofreni tanısı almış kişilerle çalışmıştır. Madde kullanım süresinin artması ile PNSÖ sonucu arasında doğru ilişki olduğunu saptamıştır. Gerçekleştirilen araştırma sonucunda madde kullanım süresi daha yüksek olan kişilerin pozitif belirti, negatif belirti, genel psikopatoloji alt puanlarının ve toplam puanın daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamız kişi merkezli ergoterapi müdahalelerinin belirtilerin azalmasında etkili olduğunu destekler niteliktedir. Araştırmamız sonucunda müdahale grubundaki kişilerde pozitif belirtirin, negatif belirtilerin ve genel psikopatolojilerin kontrol grubuna göre daha fazla gerilediği ve anlamlı bir fark açığa çıkardığı saptanmıştır.

Zengin (2020b) psikotik bozukluğa bağlı olarak tanı alan ve tedavi gören kişilerle gerçekleştirdiği bilimsel çalışmasında, bu kişilerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorluk yaşadıklarını ve ergoterapi müdahalelerinin günlük yaşam aktivitelerine katılımı artırdığını, performans ve memnuniyet düzeylerini olumlu yönde etkilediğini saptamıştır. Günlük yaşam aktiviteleri, ergoterapistlerin müdahalede bulunduğu temel alanlardan birisidir ve farklı tanı gruplarında günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık seviyesini artırmaya yönelik stratejiler ergoterapistler tarafından kullanılmaktadır (Law ve ark., 1990). Çalışmamızda günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyini belirlemek amacıyla Barthel GYA İndeksi kullanılmıştır. Çalışma verilerimiz ergoterapi müdahalelerinin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyini geliştirdiği sonuçlarını destekler niteliktedir. Bireysel görüşmeler sırasında kendine bakım becerilerinin önemi hakkında konuşmanın, gerekli görülen durumlarda yönlendirmelerde bulunmanın ve servis içerisinde okupasyonel performansı geliştirmeye yönelik ödevler vermenin bağımsızlık seviyesini artırdığı sonucuna varılmıştır.

Nottingham Sağlık Profili; ağrı, sosyal izolasyon, duygusal reaksiyonlar, fiziksel aktivite, uyku, enerji ve aktiviteler sırasındaki sağlık durumunu analiz etmeye yardımcı olan bir ölçektir. Kişinin bu alt parametreler hakkındaki düşünceleri, deneyimleri ve şikayetleri dikkate alınarak kişi ile birlikte doldurulur. Analizler sonucunda kişinin algıladığı sağlık durumu hakkında bilgi sahibi olunmaktadır (Küçükdeveci ve ark., 2000b). Çalışmamızda psikotik bozukluğa bağlı olarak tanı alan ve yatarak tedavi/terapi gören kişilerin sağlık algısını değerlendirmek için Nottingham Sağlık Profili kullanılmıştır. Çalışmamızda organik olmayan psikoz tanısı almış kişilerin tüm alanlarda etkilenimlerinin olduğu; iki grupta da ağrı, duygusal reaksiyon, uyku, enerji alt parametrelerinde gelişme olduğu; müdahale grubundaki iyileşmenin ağrı ve fiziksel aktivite dışındaki tüm alt parametrelerde anlamlı bir fark açığa çıkararak kontrol grubuna göre daha fazla gelişme gösterdiği saptanmıştır. Uyku alt parametresindeki olumlu etkilenimin gün içerisindeki uyku süresinin azalması, aktivitelerdeki katılım seviyesinin ve motivasyon düzeyinin artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Müdahale grubundaki kişilerle gerçekleştirilen kişi merkezli planlamalar sırasında, kapalı psikiyatri servislerindeki kurallar ve fiziksel ortama bağlı olarak ortaya çıkan kısıtlılıklardan dolayı kaba motor beceri gelişimine yönelik aktivite planlamaları yeterli düzeyde gerçekleştirilememiştir. Bu nedenle fiziksel aktivite alt parametresinde anlamlı bir fark açığa çıkmadığı düşünülmektedir. Ergoterapi seanslarında ağrılara yönelik

bir müdahalede bulunulmamıştır ve farmakolojik tedavi ile çözülmesi için doktor bilgilendirilmesi yapılmıştır. Bu duruma bağlı olarak kontrol ve müdahale grubunda da yatış süresi boyunca anlamlı bir gelişme olduğu, gruplar arasında anlamlı bir fark açığa çıkmadığı düşünülmektedir.

Nottigham Sağlık Profili kullanılarak yapılan araştırmalar incelendiğinde psikiyatrik vakalardaki kullanımının az olduğu görülmektedir. Jenkinson ve Fitzpatrick (1990) bilimsel araştırmalarında Nottingham Sağlık Profili'nin algılanan sağlığın bir ölçüsü olduğunu ve kişilerin yaşamlarını etkileyen herhangi bir hastalıkta kullanılabileceğini belirtmişlerdir. Organik olmayan psikoz tanısı almış kişilerle gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda görüldüğü gibi bu ölçek kişilerin hayatlarındaki, sağlıklarındaki etkilenimleri analiz etmek için tercih edilebilecek bir değerlendirme yöntemidir.

Sampedro ve ark. (2021) bilimsel araştırmasında, psikotik bozuklukların kişilerde yeti yitimine sebep olduğunu ve çok sayıda işlevsel alanın etkilendiğini saptamıştır. Bu durumun kişide, ailesinde ve yakın akrabalarında yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. İşlevselliğin azalması ile diğer kişilerden alınan yardım artmakta ve bağımsızlık seviyesi azalmaktadır. Tripathi ve ark., (2018) bilimsel araştırmalarında psikotik bozukluğa bağlı olarak tedavi gören kişilerde soyut düşünme, fikir yürütme, anlamlandırma, açıklama, plan yapma, soyut düşünme, problem çözme becerilerinin etkilendiği; hafıza, dikkat, konsantrasyon ve algılama problemleri açığa çıktığı sonucuna ulaşmıştır. Tüm bunlar işlevsel bozukluklardan bazılarıdır. Çalışmamızda bağımsızlık düzeyini ölçmek ve değerlendirmek için kullandığımız değerlendirme yöntemlerinden birisi de Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği (MoCA)'dir.

Ergoterapistler, aktivite ve katılım yetersizliklerinde müdahalede bulunma yetkisi olan sağlık çalışanlarıdır. Kognitif rehabilitasyon uygulamalarında hatasız öğrenme, yapı iskelesi, toplu uygulama, pozitif pekiştirme ve bilgi işleme stratejileri gibi çeşitli öğrenme stratejileri kullanılmaktadır (Lee, Powell ve Esdaile, 2001). Çalışmamızda MoCA sonuçları analiz edildiğinde kişi merkezli ergoterapi uygulamaları sonucunda müdahale grubunda görsel mekansal/yönetici işlevler, adlandırma, dikkat, soyut düşünme, gecikmeli hafıza, yönelim becerilerinde anlamlı bir fark açığa çıktığı görülmektedir. Lisan alt parametresinde anlamlı bir fark açığa çıkmamıştır. Bunun sebebinin organik olmayan psikoz tanısı alan kişilerin işleme hızının yavaş olması ve ayrıntılara çok fazla dikkat etmemeleri olduğu düşünülmektedir.

Hayes ve Halford (1993) bilimsel çalışmalarında, psikoeğitim prosedürleri kapsamında ergoterapistler tarafından öğretilen beceri eğitiminin takibine yönelik araştırmada bulunmuşlardır ve yaptıkları analiz sonrasında ergoterapistlerin sadece %13'ünün tedavi sonrası süreçle ilgili değerlendirme bulunduğunu saptamışlardır. Bizim yaptığımız çalışmada taburculuk sonrası ile ilgili görüşme planlanmamıştır, taburculuk sonrasındaki süreç hakkında bir geribildirim alınmamıştır. Bu durum çalışmamızın zayıf noktasıdır



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikotik bozukluk nedeniyle yatışı yapılan psikiyatri hastalarında kişi merkezli ergoterapi müdahalelerinin bağımsızlık düzeyi, sağlık algısı ve psikopatolojik belirtiler üzerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda aşağıdaki sonuç ve önerilere ulaşılmıştır:

1. Kişi merkezli ergoterapi müdahalesi hastanede yatış süresinin kısalmada etkilidir.
2. Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli ile değerlendirilen ve kişi merkezli ergoterapi müdahalesi planlanan organik olmayan psikoz tanısı almış kişilerin davranış ve motivasyon seviyeleri artmıştır.
3. Organik olmayan psikoz tanısı almış kişilerle gerçekleştirilen kişi merkezli ergoterapi müdahaleleri negatif ve pozitif belirtilerin gerilemesinde, psikopatolojik belirtilerin azalmasında etkilidir.
4. Kişi merkezli ergoterapi müdahalesi kişinin kendisine ve çevresine dair farkındalığını geliştirir, organik olmayan psikoz tanısı almış kişilerin temel günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyini artırır. Yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık düzeyini geliştirici aktivite planlamalarına ihtiyaç vardır.
5. Ergoterapi müdahaleleri günlük rutinde gerçekleştirilen sessiz rekreasyona ayrılan sürenin azalmasında; aktif rekreasyon, sosyalizasyon serbest zaman aktivite alanlarına duyulan ilginin ve katılımın artmasında etkilidir.
6. Ergoterapi müdahaleleri sağlık algısını olumlu yönde etkilemektedir. Sosyal izolasyonun azalmasında, duygusal reaksiyon düzenlenmesinde, uyku kalitesinin artmasında ve kişilerin daha enerjik hissetmesinde etkilidir. Psikiyatrik vakalarda en sık karşılaşılan durumlardan birisi olan somatik yakınmalar nedeniyle ortaya çıkan ağrı problemlerine yönelik ergoterapi planlamalarına ve araştırmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

7. Kişi merkezli ergoterapi uygulamaları kognitif becerilerin gelişmesinde ve diğer kişilerden alınan yardımın azalmasında, bağımsızlık düzeyinin artmasında etkilidir.

Sonuç olarak; psikotik bozukluk nedeniyle yatışı yapılan psikiyatri hastalarında kişi merkezli ergoterapi müdahaleleri bağımsızlık düzeyinin gelişmesinde, sağık algısının olumlu etkilenmesinde ve psikopatolojik belirtilerin gerilemesinde etkilidir. Taburculuk sonrasındaki süreci de kapsayıcı ergoterapi çalışmalarının yapılması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

- Abaoğlu, H., Ekici, G., Şafak, Y., Akı, E. (2015). Şizofrenili Bireylerde Genel Yorgunluğun Demografik Özellikler, Ruhsal Durum ve Uyku İle İlişkisinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(1), 21-25.
- Abaoğlu, H. (2018). *Şizofrenili bireylerde yaşam becerileri eğitiminin işlevsellik üzerine etkisinin incelenmesi* (Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara). Erişim adresi <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/5336?show=full>
- Abaoğlu, H. (2019). Toplumsal Katılım ve Ergoterapi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 7(3), 187-192.
- Abaoğlu, H., Mutlu, E., Ak, S., Akı, E., Anıl Yağcıoğlu, E. (2020). Şizofrenide Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevselliğe Olan Etkisi: Seçkisiz Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 31(1), 48-56.
- Aderibigbe, Y. A., Theodoridis, D., Vieweg, W. V. R. (1999). Dementia Praecox to Schizophrenia: The First 100 Years. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 53(4), 437-448.
- Aka, A. ve Bhatia, S. (2022). Machine Learning Models for Predicting, Understanding and Influencing Health Perception. *Journal of the Association for Consumer Research*, 7(2), 142-153.
- Akçay Oruç, G. ve Gültekin, B. K. (2018). Psikoz Tanılı Kritik Dönem: "Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi" ve Sosyal Psikozu Olan Hastalarda Kritik Dönem: "Tedavi Edilmeyen Psikozun Süresi" ve Sosyal Belirleyiciler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21 (2), 177-183. <https://doi.org/10.5505/kpd.2018.38258>
- Aker, T. (2003). Şizofrenide Pozitif Belirtiler ve Bilişsel Davranışçı Tedavileri. *3 P/Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 11(2), 59-66.
- Akı, E., Tanrıverdi, N., Şafak, Y. (2014). Şizofrenili Bireylerde Birey Merkezli Ergoterapi Programının Günlük Yaşam Aktiviteleri Katılımına Etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2(2), 83-90.
- Akı, E. (2019). Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli, *Ergoterapi Teoriler, Modeller ve Uygulama Yaklaşımları* (1. Baskı) içinde (132-140). Bumin, G., Semin Akel, B., & Öksüz, Ç., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Akı, E. (2020). Ruh Sağlığı Problemlerinde Ergoterapi, *Aktivite Temelli Ergoterapi* (1. Baskı) içinde (299-308). Yücel, H., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Akı, E., Abaoğlu, H. ve Çelik Turhan, Z. (Ed.). (2022). *Ruh sağlığında ergoterapi*. Ankara: Hipokrat Yayınevi.
- Altındağ, A. ve Özkan, M. (2001). Psikotik Depresyonun Farmakolojik Tedavisi. *Bull Clin Psychopharmacol*, 11(1), 212-218.
- Altınyazar, V. ve Yüksel, N. (2013). Dopaminerjik Reseptör Aşırı Duyarlılığı, Aşırı Duyarlılık Psikozu ve Antipsikotiklerle Tedavide Etkinlik Kaybı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 232-243.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5), Tanı Ölçütleri El Kitabı*. (Çev: Köroğlu, E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Özgün çalışma 2013)
- Arslan, M., Yazıcı, A., Yılmaz, T., Coşkun, S., Kurt, E. (2015). Long-Term Effects of A Rehabilitation Program on the Clinical Outcomes, Social Functionality and Life Quality of Schizophrenic Patients A Follow-up Study. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 238-247.
- Ashby, S., Gray, M., Ryan, S., James, C. (2017). An Exploratory Study into the Application of Psychological Theories and Therapies in Australian Mental Health Occupational Therapy Practice: Challenges to Occupation-Based Practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 64(1), 24-32.

- Aşık, E. ve Barlas, G. Ü. (2016). Psikiyatri Hemşireleri İçin Bir Alan: Şizofrenide Duygu Tanıma ve Sosyal İşlevsellik. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 2(2), 92-96.
- Aşoğlu, M., Akıl, Ö., Fedai, Ü., Beğinoğlu, Ö., Çelik, H., Kılıçaslan, F. (2018). Bir Üniversite Hastanesinde Elektrokonzülsif Tedavi Uygulanan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Akdeniz Medical Journal*, 2(1), 123-129.
- Ateş, H. ve Banazılı, A. M. (2020). Türkiye’de Uyuşturucu Madde Bağımlılığıyla Mücadele: Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı Raporları Üzerinden Bir İnceleme. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 63-80.
- Aydın, B. G., Küçükosman, G., Atasoy, N. (2018). Elektrokonzülsif Tedavi Sırasında Beyin Oksijenlenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 19(5), 472-477.
- Bal, F. ve Hacıosman, B. Z. (2019). Hezeyanlı Bozukluk Hakkında Güncel ve Bilimsel Bulgular. *The Journal of Social Science*, 3(5), 106-121.
- Balaban, Ö. D., Yıldızhan, E., Atbaşoğlu, E. C. (2021). Değişen Dünyada Kronik Ruhsal Bozuklukların İki Yüzü: Şizofreni ve Bipolar Bozukluk. *Arch Neuropsychiatry*, 58(1), 1-2.
- Balçoğlu, İ. ve Balçoğlu, Y. H. (2018). Elektrokonzülsif Terapi ile İlgili Türkiye’deki ve Dünyadaki Yasal Uygulamalar ve Sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 11(1), 80-4.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. ve Agresta, J. (2015). *Şizofreni İçin Sosyal Beceri Eğitimi*. (2. Baskı). (Çev. Akı, E.) Ankara: Hipertip Yayınevi. (Orijinal çalışma basım tarihi 2004).
- Bejerholm, U. ve Eklund, M. (2007). Occupational Engagement in Persons With Schizophrenia: Relationships to Self-Related Variables, Psychopathology and Quality of Life. *Am J Occup Ther*, 61(1), 21-32. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.61.1.21>
- Bilge, A., Bulut-Uğurlu, N., Güler, C. (2020). Determination of İndependence and Life Satisfaction level of Individuals With Mental Disorder. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(2), 124-132.
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Alptekin, K. (2011). Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemantik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 40-52.
- Bumin, G., Akel, B. S. ve Öksüz, Ç. (Ed.) (2019). *Ergoterapi teori, model ve uygulama yaklaşımları*. Ankara: Hipokrat Yayınevi.
- Büyüköztürk, Ş. (2011). *Veri analizi el kitabı*. Ankara: Pegem Akademi.
- Calabrese, J., Al Khalili, Y., Shaheen, K. (2020). *Psychosis (Nursing)*. [Adobe Digital Editions]. Erişim adresi StatPearls Publishing.
- Casteleijn, D. (2014). Using Measurement Principles to Confirm the Levels of Creative Ability as Described in the Vona du Toit Model of Creative Ability. *South African Journal of Occupational Therapy*, 44(1), 14-19.
- Chouinard, G., Samaha, A. N., Chouinard, V. A., Peretti, C. S., Kanahara, N., Takase, M... (2017). Antipsychotic-İnduced Dopamine Supersensitivity Psychosis: Pharmacology, Criteria and Therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(4), 189-219.
- Coşkun, S., Avlamaz, F., Genç, H. (2010). Akut Psikoz Kliniklerinde Mekanik Tespit Uygulamasında Cinsiyete Özgü Farklılıklar. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 108-114.
- Çakır, F., İlmen, C., Yener, F. (2010). Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum. *Düşünen Adam-Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(1), 50-59.
- Çelikbaş, Z. ve Ergün, S. (2018). Şizofrenide Nörobilişsel Bozukluklar ve İşlevsellikle İlişkisi. *Journal of Contemporary Medicine*, 8(2), 183-187.

- Çelik Turan, Z. (2022a). Ergoterapide Grup Çalışmaları, *Ruh Sağlığında Ergoterapi* (1. Baskı) içinde (219-232). Akı, E., Abaoğlu, H., & Çelik Turan, Z., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Çelik Turan, Z. (2022b). Birey Merkezli Ergoterapi Programı Oluşturma, *Ruh Sağlığında Ergoterapi* (1. Baskı) içinde (185-190). Akı, E., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Çelik Turan, Z. (2020c). Ruh Sağlığında Ergoterapi Değerlendirmeleri, *Ruh Sağlığında Ergoterapi* (1. Baskı) içinde (101-122). Akı, E., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Çimşir, E. (2019). Türkiye’de Mesleki Rehabilitasyon Hizmetleri ve İhmal Edilmiş Bir Alan Olarak Rehabilitasyon Danışmanlığı. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19(1), 114-124.
- Dean, K. ve Murray, R. M. (2022). Environmental Risk Factors for Psychosis. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7(1), 69-80.
- Dixon, L. (2017). What it Will Take to Make Coordinated Specialty Care Available to Anyone Experiencing Early Schizophrenia: Getting Over the Hump. *JAMA Psychiatry*, 74(1), 7-8.
- Dominguez, M. D. G., Saka, M. C., Lieb, R., Wittchen, H. U., van Os, J. (2010). Early Expression of Negative/Disorganized Symptoms Predicting Psychotic Experiences and Subsequent Clinical Psychosis: A 10-Year Study. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1075-1082.
- Duman, Z. Ç., Aştı, N., Üçok, A., Kuşçu, M. K. (2007). Şizofreni Hastalarına ve Ailelerine Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması, İzlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 91-101.
- Dursun, E. L. (2021). *Organik asidemisi olan çocuklarda Günlük Aktivite Performansına Yönelik Bilişsel Oryantasyon (GAPBO) Yaklaşımının günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve katılım üzerine etkisi.* (Yüksek lınans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara). Erişim Adresi <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/25410>
- Elklit, A. ve Shevlin, M. (2011). Female Sexual Victimization Predicts Psychosis: A Case-Control Study Based on the Danish Registry System. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 1305-1310.
- Ercan Doğu, S. (2019). *Şizofreni olan bireylerde ergoterapi ve sosyal beceri eğitiminin etkinliğinin karşılaştırılması.* (Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara). Erişim adresi <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/489774>
- Ercan Doğu, S. (2020a). Ergoterapi Mesleğinde Etik, Profesyonellik ve Ekip Çalışması, *Ergoterapiye Giriş* (1. Baskı) içinde (227-233). Akı, E., & Özkan, E., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Ercan Doğu, S. (2020b). Şizofrenide Bilişsel Değerlendirme ve Rehabilitasyon, *Bilişsel Rehabilitasyon* (1. Baskı) içinde (223-236). Bumin, G., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Ercan Doğu, S. (2021). Şizofreni Tanısı Olan Bireylerde Aktivite Performans Alanlarına Yönelik Sorunların Belirlemesi. *J Health Pro Res*, 3(2), 43-54.
- Ercan Doğu, S. (2022). Sosyal Beceri Eğitimi, *Ruh Sağlığında Ergoterapi* (1. Baskı) içinde (293-306). Akı, E., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Evans, J. ve Salim, A. A. (1992). A Cross-Cultural Test of the Validity of Occupational Therapy Assessments With Patients With Schizophrenia. *Am J Occup Ther*, 46(8), 685-695. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.46.8.685>
- Farrell, M. (2018). *Psychosis Under Discussion How We Talk About Madness*. New York: Routledge Publisher.
- Fasihpour, B., Molavi, S., Shariat, S. V. (2013). Clinical Features of İnpatients With Methamphetamine-Induced Psychosis. *Journal of Mental Health*, 22(4), 341-349.

- Fett, A. J., Lemmers-Jansen, I., Krabbendam, L. (2019). Psychosis and Urbanicity: A Review of the Recent Literature from Epidemiology to Neurourbanism. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(3), 232–241. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000486>
- Gan, H., Zhao, Y., Jiang, H., Zhu, Y., Chen, T., Tan, H... (2018). A Research of Methamphetamine Induced Psychosis in 1,430 Individuals With Methamphetamine Use Disorder: Clinical Features and Possible Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9(1), 551-559.
- Ganesh, S. ve D'Souza, D. C. (2022). Cannabis and Psychosis: Recent Epidemiological Findings Continuing the "Causality Debate". *American Journal of Psychiatry*, 179(1), 8-10.
- Geyer, M. A. ve Vollenweider, F. X. (2008). Serotonin Research: Contributions to Understanding Psychoses. *Trends in Pharmacological Sciences*, 29(9), 445-453.
- Genç, F. ve Yiğitbaş, Ç. (2022). Correlation Between Psychological Resilience and Health Perception in Terms of Some Variables in Pandemic Outbreaks: The Covid-19 Case, *Online International Conference of COVID-19 (CONCOVID) Proceeding Book- Health Sciences* (1. Baskı) in (133-141). Kotan Dünder, D., Taş, C. H., Çalışkan, H., & Erdoğan, F. (Ed.) Retrieved from <https://concovid.org/dosyalar/TamKitap-CONCOVID-Sagl%C4%B1kBilimleri-proc.pdf>
- Glasner-Edwards, S. ve Mooney, L. J. (2014). Methamphetamine Psychosis: Epidemiology and Management. *CNS Drugs*, 28(12), 1115-1126.
- Goodwin, R. ve Engstrom, G. (2002). Personality and the Perception of Health in the General Population. *Psychological Medicine*, 32(2), 325-332.
- Goff, D. C. (2021). The Pharmacologic Treatment of Schizophrenia-2021. *JAMA*, 325(2), 175-176. doi:10.1001/jama.2020.19048
- Gründer, G. ve Benkert, O. (Ed.). (2011). *Handbuch der Psychopharmakotherapie*. [Adobe Digital Editions]. Erişim adresi Verlag Publisher.
- Güleşen, G. ve Üstün, B. Ü. (2020). Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Algıladıkları Konfor Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(4), 251-258.
- Gündoğan, B. (2019). *Şizofreni Hastalarında dürtüsellik, sigara bağımlılığı, bakım veren kültürü ilişkisinin incelenmesi* (Uzmanlık tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa). Erişim adresi <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/252547>
- Han, A., Kim, J., Kim, J. (2021). A Study of Leisure Walking İntensity Levels on Mental Health and Health Perception of Older Adults. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7(1), 1-8. doi:<https://doi.org/10.1177/2333721421999316>
- Hartley, S., Barrowclough, C., Haddock, G. (2013). Anxiety and Depression in Psychosis: A Systematic Review of Associations With Positive Psychotic Symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(5), 327-346.
- Hayes, R., L. ve Halford, W. K. (1993). Generalization of Occupational Therapy Effects in Psychiatric Rehabilitation. *Am J Occup Ther*, 47(2), 161–167. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.47.2.161>
- Hayran, M. ve Hayran, M. (2011). *Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik*. (1. Baskı), Ankara: Omega Araştırma Yayınları.
- Henry, A. D. ve Coster, W. J. (1996). Predictors of Functional Outcome Among Adolescents and Young Adults With Psychotic Disorders. *Am J Occup Ther*, 50(3), 171–181. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.50.3.171>
- Herdem, A., Sücüllüoğlu, D., Aydemir, Ö. (2017). DSM-5 Psikoz Ölçeği Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 18(1), 68-72.

- Hwang, W. J., Lee, T. Y., Kim, N. S., Kwon, J. S. (2020). The Role of Estrogen Receptors and Their Signaling Across Psychiatric Disorders. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(1), 373-394.
- Jenkinson C. ve Fitzpatrick, R. (1990). Measurement of Health Status in Patients With Chronic Illness: Comparison of the Nottingham Health Profile and the General Health Questionnaire, *Family Practice*, 7(2), 121-124. <https://doi.org/10.1093/fampra/7.2.121>
- Jones, N. (2021). Efficacy of Individual Placement and Support in Early Psychosis Programs. *Am J Occup Ther*, 75(2), 7512515367p1. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.75S2-RP367>
- Kalı, A. H. (2018). *Pozitif ve negatif belirtilerle seyreden şizofreni hastalarında tedavi uyumu ve yaşam kalitesi*. (Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep). Erişim adresi <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/415830>
- Kannenberg, K., Amini, D., Hartmann, K. (2010). Occupational Therapy Services in the Promotion of Psychological and Social Aspects of Mental Health. *AJOT: American Journal of Occupational Therapy*, 64(6), 78-92.
- Kaplan, B. (2020). Günlük Yaşam Aktiviteleri, *Aktivite Temelli Ergoterapi* (1. Baskı) içinde (55-74). Yücel H., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Karayazgan, S. (2013). *Şizofreni hastalarına bakım verenlerin aktivite, aktivite performansı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara). Erişim adresi <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/1618?show=full>
- Karşıdağ, Ç. (2005). Şizofreni ve Sigara Bağımlılığı. *Düşünen Adam*, 18(1), 13-20.
- Kayıhan, H. ve Köse, B. (2018). Türkiye’de ve Dünyada Mesleki Rehabilitasyon. *Türkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics*, 3(1), 30-41.
- Kesebir, S. ve Parıldar, Ş. (2003). Şizofreni: Östrojen ve Beyin. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(1), 51-55.
- Kirkbride, J. B., Hameed, Y., Ankireddypalli, G., Ioannidis, K., Crane, C. M., Nasir, M... (2017). The Epidemiology of First-Episode Psychosis in Early Intervention in Psychosis Services: Findings from the Social Epidemiology of Psychoses in East Anglia [SEPEA] Study. *American Journal of Psychiatry*, 174(2), 143-153.
- Koçak, C., İlhan, M. N., Kuruoğlu, A., Kaptan, H. (2018). Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Yatış Süresini Etkileyen Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 377-382.
- Kolit, Z., Ekici, G., Yağcıoğlu, E. A. (2019). Ruhsal Bozukluklarda Gevşeme Eğitiminin Ağrı, Yorgunluk ve Uyku Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 7(3), 171-178.
- Kostakoğlu, A. E., Batur, S., Tiryaki, A., Göğüş, A. (1999). Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (Panss) Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 14(1), 23-32.
- Küçükdeveci, A. A., Yavuzer, G., Tennant, A., Süldür, N., Sonel, B., Arasil, T. (2000a). Adaptation of the Modified Barthel Index for Use in Physical Medicine and Rehabilitation in Turkey. *Scand J Rehabil Med*, 32(2), 87-92.
- Küçükdeveci, A. A., McKenna, S. P., Kutlay, S., Gürsel, Y., Whalley, D., Arasil, T. (2000b). The Development and Psychometric Assessment of the Turkish Version of the Nottingham Health Profile. *International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung. Revue Internationale de Recherches de Readaptation*, 23(1), 31-38.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., Pollock, N. (1990). The Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82-87.

- Lee S. S., Powell N. J., Esdaile S. A. (2001). Functional Model of Cognitive Rehabilitation in Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 41-50. doi:[10.1177/000841740106800105](https://doi.org/10.1177/000841740106800105)
- Linkie, C. A. ve Evetts, C. (2021). A Strengths-Based Cognitive Approach to Enhancing Occupational Performance and Self-Efficacy in Individuals With Schizophrenia. *Am J Occup Ther* August, 75(2), 7512520381p1. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.75S2-PO381>
- Lipskaya, L., Jarus, T., Kotler, M. (2011). Influence of Cognition and Symptoms of Schizophrenia on IADL Performance. *Scand J Occup Ther*, 18(3), 180-187.
- Longden, E. ve Read, J. (2016). Social Adversity in the Etiology of Psychosis: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychotherapy*, 70(1), 5-33.
- Martin, L., Hultqvist, J., Eklund, M. (2019). Occupational Therapy Interventions in Mental Health: A Literature Review in Search of Evidence. *Occupational Therapy in Mental Health*, 35(2), 109-156.
- McLeod, S. (2007). Maslow's Hierarchy of Needs. *Simply Psychology*, 1(1), 1-18.
- Moggi, F. (2018). Epidemiology, Etiology and Treatment of Patients With Psychosis and Co-Morbid Substance Use Disorder. *Therapeutische Umschau. Revue Therapeutique*, 75(1), 37-43.
- Mutlu, E. ve Yağcıoğlu, E. A. (2022). Ruh Sağlığında Farmakolojik ve Diğer Somatik Tedaviler, *Ruh Sağlığında Ergoterapi* (1. Baskı) içinde (27-48). Akı, E., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Nathou, C., Etard, O., Dollfus, S. (2019). Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia: Current Perspectives in Brain Stimulation Treatments. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15(1), 2105-2117.
- Odes, H., Katz, N., Noter, E., Shamir, Y., Weizman, A., Valevski A. (2011). Level of Function at Discharge as a Predictor of Readmission Among Inpatients With Schizophrenia. *Am J Occup Ther*, 65(3), 314-319. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2011.001362>
- O'Keeffe, D., Kinsella, A., Waddington, J. L., Clarke, M. (2022). 20-Year Prospective, Sequential Follow-up Study of Heterogeneity in Associations of Duration of Untreated Psychosis With Symptoms, Functioning, and Quality of Life Following First-Episode Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 179(4), 288-297.
- Oral, E. T. (2005). *Şizofreni diğer psikotik hastalıklardan nasıl ayrılmalıdır? Neden nasıl şizofreni*. Ankara: Peday Yayınları.
- Oruç, G. A. ve Gültekin, B. K. (2018). Psikoz Tanılı Hastalarda Kritik Dönem:" Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi" ve Sosyal Belirleyicileri. *Klinik Psikiyatri*, 21(1), 177-183.
- Özcan, K. ve Pınar, G. (2021). Jine-Onkolojik Hastalarda Kemoterapi Sürecindeki Uğraş Seçimlerinin Günlük Yaşam Aktiviteleri, Anksiyete ve Depresyon Üzerine Etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 65-76.
- Özdemir, İ., Şafak, Y., Örsel, S., Karaoğlan Kahiloğulları A., Karadağ, H. (2017). Bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Uygulanan Ruhsal-Toplumsal Uyumlandırma Etkinliğinin Araştırılması: Kontrollü Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 18(5), 419-427.
- Özdilek, B. ve Kenangil, G. (2014). Validation of the Turkish Version of the Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA-TR) in Patients With Parkinson's Disease. *Clin Neuropsychol*, 28(2), 333-43.
- Özen Yalçın, D., Hiçdurmaz, D., Candan, E., Ercan Doğu, S. ve Çetin, Ö. (2022). Ruh Sağlığında Toplum Temelli Rehabilitasyon Ekibi, *Ruh Sağlığında Ergoterapi* (1. Baskı) içinde (13-23). Akı, E., Abaoğlu, H., & Çelik Turan, Z., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Özkan, E. (2020a). Ergoterapinin Tarihiçesi, *Ergoterapiye Giriş* (1. Baskı) içinde (9-17). Akı E., & Özkan E., Ankara: Hipokrat Yayınları.

- Özkan, E. (2020b). Ergoterapide Okupasyonun Anlamı, *Aktivite Temelli Ergoterapi* (1. Baskı) içinde (3-14). Yücel, H., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Özmen, E., Kantarcı, E., Arkonaç, O. (1992). Şizofrenide Pozitif/Negatif Ayrımı Üzerine. *Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 5(1), 41-45.
- Özmen, E., Demet, M. M., Gülseren, L., Kültür, S. (1993). Somatik Yakınlıklar ile Psikiyatri Polikliniğine Başvuranlarda DSM-III-R Tanıları. *Düşünen Adam*, 6 (1-2), 16-21.
- Pardede, J. A., Silitonga, E., Laia, G. E. H. (2020). The Effects of Cognitive Therapy on Changes in Symptoms of Hallucinations in Schizophrenic Patients. *Indian Journal of Public Health*, 11(10), 257.
- Pekçetin, M. (2019). *Bakım merkezinde kalan psikoz hastalarıyla gerçekleştirilen psikososyal destek grup çalışması*. (Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul). Erişim adresi <http://openaccess.maltepe.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12415/4681>
- Read, H., Roush, S., Downing D. (2018). Early Intervention in Mental Health for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *Am J Occup Ther*, 72(5), 7205190040p1–7205190040p8. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.033118>
- Ren, X. S. (1997). Marital Status and Quality of Relationships: The Impact on Health Perception. *Social Science and Medicine*, 44(2), 241-249.
- Rittmannsberger, H. (2012). The Diagnosis "Schizophrenia": Past, Present and Future. *Psychiatr Danub*, 24(4), 408-414.
- Robinson, A. M. ve Avallone, J. (1990). Occupational Therapy in Acute Inpatient Psychiatry: An Activities Health Approach. *Am J Occup Ther*, 44(9), 809–814. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.44.9.809>
- Sampedro, A., Peña, J., Sánchez, P. N., Ibarretxe-Bilbao, N., Gómez-Gastiasoro, A., Iriarte-Yoller, N... (2021). Cognitive, Creative, Functional and clinical Symptom Improvements in Schizophrenia After An Integrative Cognitive Remediation Program: A Randomized Controlled Trial. *NPJ Schizophr*, 7(1), 52-62. <https://doi.org/10.1038/s41537-021-00181-0>
- Sayın, A. (2008). Dopamin Reseptörleri ve Sinyal İletim Özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3), 125-134.
- Sherwood, W. (2011). An Introduction to The Vona du Toit Model of Creative Ability. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional Galicia, TOG*, 8(14), 12-38.
- Summakoğlu, D. ve Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 2(1), 43- 61.
- Suto M. (1998). Leisure in Occupational Therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 271-278. doi:10.1177/000841749806500504
- Şahin, D. (2009). Semiyoloji, *Psikiyatri* (1. Baskı) içinde (19-33). Kulaksızoğlu, I., B., Tükel, R. Üçok, A., Yargı, İ. ve Yazıcı O., İstanbul: Galenos Yayınevi.
- Şahin, H. G., Ekici, G., Abaoğlu, H., Akı, E., Karaoğlu, A. (2016). Şizofreni Tanılı Bireylerde Dikkat Eğitiminin Dikkat Seviyesi ve Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 4(3), 167-172.
- Şahin, S. ve Uyanık, M. (2018). Şizofreni Tanılı Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Aktivite Performansı ve Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 6(3), 161-170.
- Şehadet Sezer, K. (2022). Ruh Sağlığında Aile ve Bakımveren Temelli Yaklaşımlar, *Ruh Sağlığında Ergoterapi* (1. Baskı) içinde (333-344). Akı, E., Abaoğlu, H., Çelik Turan, Z., Ankara: Hipokrat Yayınları.

- Tan, B. L., Lim M. W. Z., Xie, H., Li, Z., Lee, J. (2020). Defining Occupational Competence and Occupational Identity in the Context of Recovery in Schizophrenia. *Am J Occup Ther*, 74(4), 7404205120p1-7404205120p11. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.034843>
- Tavşancıl, E. (2005). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tel, H., Doğan, S., Özkan, B., Çoban, S. (2010). Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 7-12.
- Torpil, B. (2017). *Multipl sklerozlu bireylerde Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün Türkçe kültürel adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirliği*. (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara). Erişim adresi <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/3475?show=full>
- Tripathi, A., Kumar, S., Shukla, R. (2018). Cognitive Deficits in Schizophrenia: Understanding The Biological Correlates and Remediation Strategies. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience: The Official Scientific Journal of The Korean College of Neuropsychopharmacology*, 16(1), 7-17. doi:10.9758/cpn.2018.16.1.7.
- Turner, D. T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., van der Gaag, M., Karyotak, E., MacBeth, A. A. (2018). Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophr Bull*, 44(3), 475-491. doi: 10.1093/schbul/sbx146.
- Turunç, S. (2021). *Şizofreni tanılı bireylerde içselleştirilmiş damgalanma ve aktivite performansı ilişkisi*. (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara). Erişim adresi <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/25193?show=full>
- Uludağ, Y. T. ve Güleç, G. (2016). Şizofreni Tanısı Almış Hastalarda Madde Kullanım Yaygınlığı. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 53(1), 4-11.
- Ural, A. ve Kılıç, İ. (2006). *Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi* (Genişletilmiş 2. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Üçok, A. (2009). Şizofreni ve Benzeri Psikozlar, *Psikiyatri* (1. Baskı) içinde (130-148). Kulaksızoğlu I. B., Tükel, R., Üçok, A., Yargıç, İ., & Yazıcı O., İstanbul: Galenos Yayınevi.
- Üçok, A. (2021). İlk Epizot Psikozda Tedavi İlkeleri. *Arch Neuropsychiatry*, 58(1), 12-16.
- Ünal, B. (2015). *Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda sosyal çevrenin relapslar üzerine etkisi*. (Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir). Erişim adresi <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/578714>
- World Health Organization (2004). *The World Health Report: Changing History*. Geneva: WHO Library.
- Yaran, M. (2020a). Serbest Zaman Okupasyonları, *Aktivite Temelli Ergoterapi* (1. Baskı) içinde (77-85). Yücel, H., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Yaran, M. (2020b). Toplumsal Katılım, *Aktivite Temelli Ergoterapi* (1. Baskı) içinde (433-439). Yücel, H., Ankara: Hipokrat Yayınları.
- Yıldız, M., Yazıcı, A., Ünal, S., Aker, T., Hergül G. Ö., Ekmekçi, A. H... (2002). Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 41-47.
- Yıldızhan E., Türkcan, A., İnan, S., Erenkuş, Z., Yalçın, Ö., Erdoğan, A. (2015). İlk Psikoz Atağı: Belirtiler, Tedavi Başlangıcı ve Klinik Yanıt İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(2), 77-86.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., McGorry, P. D. (2004). Risk Factors for Psychosis in an Ultra High-Risk Group: Psychopathology and Clinical Features. *Schizophrenia Research*, 67(2-3), 131-142.

- Yuvalı, B. (2021). *Şizofreni tanılı bireylerin bilinçli farkındalık düzeyleri ile kendilik algısı ve beden imajı ilişkisinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara). Erişim adresi <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/25184>
- Yücel, A. S., Kılıç, B., Korkmaz, M., Gümüüşdağ, H. (2013). Bireylerin Spor Aktiviteleri ve Sağlık Algısının İstatistiksel Olarak Kıyaslı Ortopedik Sağlık Analizi: Uygulamalı Örneği. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 9(3), 59-91.
- Zengin, G. (2020a). *Madde kullanım bozukluğu görülen şizofrenili bireylerde davranış ve becerilerin duyuşal işleme süreçleriyle ilişkisinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara). Erişim adresi <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/22632>.
- Zengin, G. (2020b). Psikoz Tanılı Bir Olguda Günlük Yaşam Aktivitelerine Yönelik Ergoterapi Yaklaşımlarının Okupasyonel Performans ve Katılıma Etkisi. 21.05.2022 tarihinde <http://hdl.handle.net/20.500.11787/5227> adresinden erişildi.
- Zeren, T., Tamam, L., Evlice, Y. E. (2003). Elektrokonvülsif Terapi (EKT): Bir Genel Değerlendirme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 12(4), 340-378.
- Zick, J. L., Staglin, B., Vinogradov, S. (2022). Eliminate Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 242(1), 147-149. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.01.004>
- Zwicker, A., Denovan-Wright, E., Uher, R. (2018). Gene–Environment İnterplay in the Etiology of Psychosis. *Psychological Medicine*, 48(12), 1925-1936. doi:10.1017/S003329171700383

Ek 3. Aydınlatılmış Hasta Onam Formu (Kontrol Grubu)

Aydınlatılmış Hasta Onam Formu

(Kontrol Grubu)

Sayın Hasta,

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yataklı psikiyatri servislerinde yatış yaparak tedavi görmektesiniz. Yatarak tedavi gördüğünüz süre boyunca Ergoterapist ile görüşmek ve Ergoterapi Yüksek Lisans Programı kapsamında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilmesi planlanmış olan tez çalışmasına katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmamızın amacı yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarında kontrol ve müdahale grubu belirleyerek kişi merkezli Ergoterapi müdahalelerinin etkinliğini analiz etmektir. Bu amaç doğrultusunda çalışmamıza 18-65 yaş aralığındaki iletişime açık ve görüşmeyi sürdürebilecek kadın ve erkek hastalar dahil edilecektir. Katılım gösterecek toplam hasta sayısı servise yatış yapmış olan hasta sayısına göre belirlenecektir. Siz bu formu imzaladıktan sonra kontrol grubuna katılmayı kabul ederek çalışmanın sürdürülebilirliğine katkı sağlamış olacaksınız ve yatış yaptığınız hafta ve taburculuk haftanızda ön – son değerlendirme testlerinin uygulanmasına izin vermiş olacaksınız. Ergoterapist ile yapacağınız görüşme toplamda 2 kez gerçekleşecektir ve her bir görüşme ortalama olarak 40-45 dk sürecektir. Uygulanacak ölçekler ve değerlendirme formları "Sosyo-Demografik Form, Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Barthel GYA İndeksi, Nottingham Sağlık Profili ve Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği" olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılmanızın fiziksel, psikolojik, biyolojik, kimyasal, sosyal veya ergonomik açıdan bir zararı bulunmamaktadır. Araştırmaya katılmakta özgürsünüz ve istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabileceğinizi aktarmak isteriz.

Bu çalışmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığımı kanıslıyım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Hastanın Adı Soyadı:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Tarih/Saat:

Tarih/Saat:

İmzası:

İmzası:

Ek 4. Aydınlatılmış Hasta Onam Formu (Müdahale Grubu)

Aydınlatılmış Hasta Onam Formu

(Müdahale Grubu)

Sayın Hasta,

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yataklı psikiyatri servislerinde yatış yaparak tedavi görmektesiniz. Yatarak tedavi gördüğünüz süre boyunca Ergoterapist ile görüşmek ve Ergoterapi Yüksek Lisans Programı kapsamında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilmesi planlanmış olan tez çalışmasına katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmamızın amacı yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarında kontrol ve müdahale grubu belirleyerek kişi merkezli Ergoterapi müdahalelerinin etkinliğini analiz etmektir. Bu amaç doğrultusunda çalışmamıza 18-65 yaş aralığındaki iletişime açık ve görüşmeyi sürdürebilecek kadın ve erkek hastalar dahil edilecektir. Katılım gösterecek toplam hasta sayısı servise yatış yapmış olan hasta sayısına göre belirlenecektir. Siz bu formu imzaladıktan sonra müdahale grubuna katılmayı kabul ederek çalışmanın sürdürülebilirliğine katkı sağlamış olacaksınız ve yatış yaptığınız hafta ve taburculuk haftanızda ön – son değerlendirme testlerinin uygulanmasına; haftada 2 kez gerçekleşecek olan Ergoterapi görüşmelerinin yapılmasına izin vermiş olacaksınız. Ergoterapist ile yapacağınız her bir görüşme ortalama olarak 40-45 dk sürecek ve uygulanacak değerlendirme formlarının sonuçlarına göre müdahale içeriği (kendine bakım, toplumda kendini idare etme, çalışma hayatında yaşanan problemler, ev işi yönetimi, meslek öncesi beceriler, okul eğitimi, diğer insanlarla ilişkiler, serbest zaman yönetimi, odaklanma ve dikkat becerileri, hafıza problemleri, zaman yönetimi vb.) şekillendirilecektir. Uygulanacak ölçekler ve değerlendirme formları "Sosyo-Demografik Form, Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Barthel GYA İndeksi, Nottingham Sağlık Profili ve Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği" olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılmanızın fiziksel, psikolojik, biyolojik, kimyasal, sosyal veya ergonomik açıdan bir zararı bulunmamaktadır. Araştırmaya katılmakta özgürsünüz ve istediğiniz zaman araştırmadan ayrılabileceğinizi aktarmak isteriz.

Bu çalışmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Hastanın Adı Soyadı:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Tarih/Saat:

Tarih/Saat:

İmzası:

İmzası:

Ek 5. Aydınlatılmış Aile Onam Formu (Kontrol Grubu)

Aydınlatılmış Aile Onam Formu

(Kontrol Grubu)

Sayın Veli/Vasi veya Yakın,

Hastanızın Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi yataklı psikiyatri servislerinde yatarak tedavi görmesi için başvurmakta/sınız. Hastanızın yatarak tedavi gördüğü süre boyunca hastanemizde çalışmakta olan Ergoterapist ile de görüşmeleri olacaktır ve hastanızın Ergoterapi Yüksek Lisans Programı kapsamında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilmesi planlanmış olan tez çalışmasına katılması için davet edilmiş bulunuyorsunuz. Hastanızın bu araştırmada yer almasını kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmamızın amacı yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarında kontrol ve müdahale grubu belirleyerek kişi merkezli Ergoterapi müdahalelerinin etkinliğini analiz etmektir. Bu amaç doğrultusunda çalışmamıza 18-65 yaş aralığındaki iletişime açık ve görüşmeyi sürdürebilecek kadın ve erkek hastalar dahil edilecektir. Katılım gösterecek toplam hasta sayısı servise yatış yapmış olan hasta sayısına göre belirlenecektir. Siz bu formu imzaladıktan sonra hastanızın kontrol grubuna katılmasını kabul ederek çalışmanın sürdürülebilirliğine katkı sağlamış olacaksınız ve hastanızın yatış yaptığı hafta ve çıkış haftasında ön-son değerlendirme testlerinin uygulanmasına izin vermiş olacaksınız. Hastanızın Ergoterapist ile yapacağı görüşme toplamda 2 kez gerçekleşecektir ve her bir görüşme ortalama olarak 40-45 dk sürecektir. Uygulanacak ölçekler ve değerlendirme formları "Sosyo-Demografik Form, Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Barthel GYA İndeksi, Nottingham Sağlık Profili ve Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği" olarak belirlenmiştir. Hastanızın araştırmaya katılmasının fiziksel, psikolojik, biyolojik, kimyasal, sosyal veya ergonomik açıdan bir zararı bulunmamaktadır. Hastanızın araştırmaya katılmasına izin vermekte özgürsünüz ve istediğiniz zaman hastanızın araştırmadan ayrılmasını talep edebilirsiniz.

Hastanızın bu araştırmada yer alması tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Hastanızın araştırmada yer almasını reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakmasını talep edebilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce ailelere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığımı kanıslındayım. Hastanın çalışmaya katılmasını isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen hastama ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Hastanın Veli/Vasi veya Yakınının Adı Soyadı:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Tarih/Saat:

Tarih/Saat:

İmzası:

İmzası:

Ek 6. Aydınlatılmış Aile Onam Formu (Müdahale Grubu)

Aydınlatılmış Aile Onam Formu

(Müdahale Grubu)

Sayın Veli/Vasi veya Yakın,

Hastanızın Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi yataklı psikiyatri servislerinde yatarak tedavi görmesi için başvurmakta/sınız. Hastanızın yatarak tedavi gördüğü süre boyunca hastanemizde çalışmakta olan Ergoterapist ile de görüşmeleri olacaktır ve hastanızın Ergoterapi Yüksek Lisans Programı kapsamında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nde gerçekleştirilmesi planlanmış olan tez çalışmasına katılması için davet edilmiş bulunuyorsunuz. Hastanızın bu araştırmada yer almasını kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmamızın amacı yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarında kontrol ve müdahale grubu belirleyerek kişi merkezli Ergoterapi müdahalelerinin etkinliğini analiz etmektir. Bu amaç doğrultusunda çalışmamıza 18-65 yaş aralığındaki iletişime açık ve görüşmeyi sürdürebilecek kadın ve erkek hastalar dahil edilecektir. Katılım gösterecek toplam hasta sayısı servise yatış yapmış olan hasta sayısına göre belirlenecektir. Siz bu formu imzaladıktan sonra hastanızın müdahale grubuna katılmasını kabul ederek çalışmanın sürdürülebilirliğine katkı sağlamış olacaksınız. Hastanızın yatış haftasında ve taburculuk haftasında ön – son değerlendirme testlerinin uygulanmasına; haftada 2 kez gerçekleşecek olan Ergoterapi görüşmelerinin yapılmasına izin vermiş olacaksınız. Ergoterapist ile yapılacak her bir görüşme ortalama olarak 40-45 dk sürecektir ve uygulanacak değerlendirme formlarının sonuçlarına göre müdahale içeriği (kendine bakım, toplumda kendini idare etme, çalışma hayatında yaşanan problemler, ev işi yönetimi, meslek öncesi beceriler, okul eğitimi, diğer insanlarla ilişkiler, serbest zaman yönetimi, odaklanma ve dikkat becerileri, hafıza problemleri, zaman yönetimi vb.) şekillendirilecektir. Uygulanacak ölçekler ve değerlendirme formları "Sosyo-Demografik Form, Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Barthel GYA İndeksi, Nottingham Sağlık Profili ve Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği" olarak belirlenmiştir. Hastanızın araştırmaya katılmasının fiziksel, psikolojik, biyolojik, kimyasal, sosyal veya ergonomik açıdan bir zararı bulunmamaktadır. Hastanızın araştırmaya katılmasına izin vermekte özgürsünüz ve istediğiniz zaman hastanızın araştırmadan ayrılmasını talep edebilirsiniz.

Hastanızın bu araştırmada yer alması tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Hastanızın araştırmada yer almasını reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakmasını talep edebilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce ailelere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığımı kanıslıyorum. Hastanın çalışmaya katılmasını isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı. Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen hastama ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.

Hastanın Veli/Vasi veya Yakınının Adı Soyadı:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Tarih/Saat:

Tarih/Saat:

İmzası:

İmzası:

Ek 7. Sosyo-Demografik Form

SOSYO-DEMOGRAFİK FORM

Değerlendirme Tarihi:

Doğum Tarihi (Yaşı):

Hastaneye Yatış Tarihi:

Hastalık Yaşı/Yılı:

Cinsiyet:

Tanı:

Medeni Durum:

Kimlerle Yaşıyor?:

Eğitim Durumu:

Mesleği:

Çalışma Durumu:

Kendine Ait Geliri Var Mı?:

Dosya Numarası:

Kullandığı İlaçlar:

Özgeçmiş:

Soygeçmiş:

Sigara Kullanımadet/gün/yıl

Alkol Kullanımıadet/gün/yıl

Madde Kullanımıadet/gün/yıl

Tıbbi Öyküsü:

Ek 8. Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli Değerlendirme Formu

VONA DU TOİT YARATICI BECERİLER MODELİ

Değerlendirme Tarihi:

Tanıısı:

KİŞİSEL YÖNETİM:

SOSYAL BECERİ:

ÇALIŞMA BECERİŐİ:

SERBEST ZAMAN KULLANIMI:

VONA DU TOİT YARATICI BECERİLER MODELİ

MOTİVASYON SEVİYESİ		DAVRANIŞ SEVİYESİ		
GRUP 1: Yapıcı hareket için hazırlık				
Davranış	Bozukluk Öncesi			
Benlik farklılaşması	Bozukluk			
	Rastlantısal yapıcı davranış			
Grup 2: Normlara uyma için davranış ve becerilerin gelişimi				
Kendini ifade etme	Keşfedici			
Katılım: Pasif	Deneysel			
Benzetme	Benzetme			
Grup 3: Kendini gerçekleştirme için davranış ve becerilerin gelişimi				
Katılım: Aktif	Özgün			
Rekabetçi	Ürün merkezli			
Katkı verme	Durum merkezli			
Rekabet temelli katkı verme	Toplum merkezli			
	Kişisel Yönetim	Sosyal Beceri	Çalışma Becerisi	Serbest Zaman Kullanımı
Bozukluk Öncesi				
Bozukluk				
Rastlantısal yapıcı davranış				
Keşfedici				
Deneysel				
Benzetme				
Özgün				
Ürün merkezli				
Durum merkezli				
Toplum merkezli				

Ek 9. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ)

POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PNSÖ)

Değerlendirme Tarihi:

Tanısı:

POZİTİF BELİRTİLER								
		1	2	3	4	5	6	7
P1	Sanrılar							
P2	Düşünce dağınıklığı							
P3	Varsanılar							
P4	Taşkınlık							
P5	Büyüklik duyguları							
P6	Şüphecilik ve kötülük görme							
P7	Düşmanca tutum							
Pozitif Belirtiler Toplam Puanı								
NEGATİF BELİRTİLER								
		1	2	3	4	5	6	7
N1	Duygulanımda küntleşme							
N2	Duygusal içe çekilme							
N3	İlişki kurmada güçlük							
N4	Pasif biçimde kendini toplumdan çekme							
N5	Soyut düşünme güçlüğü							
N6	Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı							
N7	Stereotipik düşünme							
Negatif Belirtiler Toplam Puanı								
GENEL PSIKOPATOLOJİ								
		1	2	3	4	5	6	7
G1	Bedensel kaygı							
G2	Anksiyete							
G3	Suçluluk duyguları							
G4	Gerginlik							
G5	Manyerizm							
G6	Depresyon							
G7	Motor yavaşlama							
G8	İşbirliği kuramama							
G9	Olağandışı düşünce içeriği							
G10	Yönelim bozukluğu							
G11	Dikkat azalması							
G12	Yargılama ve içgörü eksikliği							
G13	İrade bozukluğu							
G14	Dürtü kontrolsüzlüğü							
G15	Zihinsel aşırı uğraş							
G16	Aktif biçimde sosyal kaçınma							
Genel Psikopatoloji Toplam Puanı								
PANSS GENEL TOPLAM PUANI								

S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler (1987) Schizophr Bull. 1987; 13(2): 261-76.

Ek 10. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

BARTHEL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İNDEKSİ

Değerlendirme Tarihi:

Tanısı:

PARAMETRELER	HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ	SKOR	
Beslenme	Tam bağımsız yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir.	Y 10	
	Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar.	Y 5	
	Tam bağımlıdır.	Y 0	
Yıkama	Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir ya da keselenebilir.	Y 5	
	Yardıma ihtiyacı vardır.	Y 0	
Kendine Bakım	Elini yüzünü yıkayabilir, dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.	Y 5	
	Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.	Y 0	
Giyinip Soyunma	Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir.	Y 10	
	Yardıma gereksinim duyar (işin en az %50'sini kendisi yapabilmelidir.)	Y 5	
	Tam bağımlıdır.	Y 0	
Bağırsak Bakımı	Suppozituar kullanabilir ya da gerekirse lavman yapabilir.	Y 10	
	Hasta belirtilen aktiviteler için yardıma gereksinim duyar.	Y 5	
	İnkontinansı mevcuttur.	Y 0	
Mesane Bakımı	Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendisi yapabilmelidir.	Y 10	
	Bazen tuvalete yetişemez ya da sürgüyü bekleyemez, altına kaçıtır.	Y 5	
	İnkontinandır veya kateterlidir ve mesanesini kontrol edemez.	Y 0	
Tuvalet Kullanımı	Duvardan ya da bardan destek alabilir, tuvalet kağıdını kendi kullanır.	Y 10	
	Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kağıdını kullanmak için bir miktar yardım gereklidir.	Y 5	
	Tam bağımlıdır.	Y 0	
Tekerlekli Sandalyeden Yatağa ve Ters Transferler	Tam bağımsızdır.	Y 15	
	Geçişler sırasında minimal yardım alır (sözel veya fiziksel).	Y 10	
	Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım alır.	Y 5	
	Tam bağımlıdır.	Y 0	
Mobilite	Düzenli Yüzeyde Yürüme	Hasta yardımsız olarak 45m yürüebilir. Bireys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir (Bireys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir).	Y 15
		Hasta bir kişinin sözel veya fiziksel yardımıyla 45m yürüebilir.	Y 10
	Tekerlekli Sandalyeyi Kullanabilme (Uygunsa)	Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir.	Y 5
Tekerlekli sandalyeye oturabilir ancak kullanamaz.		Y 0	
Merdiven İnip Çıkma	Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (tırabzan, baston, koltuk değneği...)	Y 10	
	Hasta yukarıdaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.	Y 5	
	Yapamaz.	Y 0	

C. Collin. D.T. Wade, S. Davies (1988). Int. Disabil. Studies, 1988; Vol. 10. No. 2.

Toplam Puan (0-100):

Ek 11. Nottingham Sağlık Profili

NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ

Değerlendirme Tarihi:

Tamısı:

BÖLÜM 1			
AĞRI		Evet	Hayır
1	Merdivenleri inerken ve çıkarken ağrılarım oluyor.	Y 05.83	Y 0
2	Ayakta durduğum zaman ağrım oluyor.	Y 08.96	Y 0
3	Pozisyonumu değiştiren zaman ağrım oluyor.	Y 09.99	Y 0
4	Oturduğum zaman ağrım oluyor.	Y 10.49	Y 0
5	Yürüdüğüm zaman ağrım oluyor.	Y 11.22	Y 0
6	Geceleri ağrım var.	Y 12.91	Y 0
7	Dayanılmaz ağrılarım var.	Y 19.74	Y 0
8	Sürekli ağrılar içindeyim.	Y 20.86	Y 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)			
SOSYAL İZOLASYON		Evet	Hayır
1	Kendimi yalnız hissediyorum.	Y 22.01	Y 0
2	İnsanlarla ilişki kurmakta güçlük çekiyorum.	Y 19.36	Y 0
3	Kendimi hiç kimseye yakın hissetmiyorum.	Y 20.13	Y 0
4	İnsanlara yük olduğumu hissediyorum.	Y 22.53	Y 0
5	İnsanlarla geçinmek güç geliyor.	Y 15.97	Y 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)			
DUYGUSAL REAKSİYONLAR		Evet	Hayır
1	Olaylar beni zorluyor.	Y 10.47	Y 0
2	Beni neyin neşelendirdiğini bile unuttum.	Y 09.31	Y 0
3	Kendimi uçurumun kenarında hissediyorum.	Y 07.22	Y 0
4	Günler zor geçiyor.	Y 07.08	Y 0
5	Bugünlerde sık sık hiddetleniyorum.	Y 09.76	Y 0
6	Kendimi kontrol edemeyeceğimi hissediyorum.	Y 13.99	Y 0
7	Endişelerim gece uyumama engel oluyor.	Y 13.95	Y 0
8	Hayatın çekilmez olduğunu düşünüyorum.	Y 16.21	Y 0
9	Uyanınca kendimi depresyonda hissediyorum.	Y 12.01	Y 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)			
UYKU		Evet	Hayır
1	Uyku ilacı alıyorum.	Y 22.37	Y 0
2	Sabah erken saatte istemeden uyanıyorum.	Y 12.57	Y 0
3	Gece uykum kaçıyor.	Y 27.26	Y 0
4	Uyumakta güçlük çekiyorum.	Y 16.10	Y 0
5	Gece uykum çok kötü.	Y 21.70	Y 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)			
FİZİKSEL AKTİVİTE		Evet	Hayır
1	Yalnız ev içinde yürüyebiliyorum.	Y 11.54	Y 0
2	Eğilmek benim için çok zor.	Y 10.57	Y 0
3	Hiç yürüyemiyorum.	Y 21.30	Y 0
4	Merdiven inip çıkmakta zorlanıyorum.	Y 10.79	Y 0
5	Bir yere uzanmakta güçlük çekiyorum.	Y 09.30	Y 0

6	Giyinirken zorlanıyorum.	Y 12.61	Y 0
7	Uzun süre ayakta duramıyorum.	Y 11.20	Y 0
8	Sokakta yürümek için yardım gerekiyor.	Y 12.69	Y 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)			
ENERJİ		Evet	Hayır
1	Enerjim çok kısa sürede tükeniyor.	Y 24.00	Y 0
2	Her şey çaba harcamamı gerektiriyor.	Y 36.80	Y 0
3	Her zaman yorgunum.	Y 39.20	Y 0
Alt Bölüm Toplam Puanı (0-100)			
BÖLÜM 2			
Sağlık durumunuz nedeniyle aşağıdaki durumlarda problem yaşıyor musunuz?		Evet	Hayır
1	Çalıştığınız işte	Y 1	Y 0
2	Yemek, temizlik, tamir gibi işlerinde	Y 1	Y 0
3	Dışarı çıkmak, arkadaş ziyareti, sinema gibi sosyal faaliyetlerde	Y 1	Y 0
4	Evdeki diğer insanlarla ilişkilerde	Y 1	Y 0
5	Cinsel hayatınızda	Y 1	Y 0
6	Hobi gibi aktiviteler yapmakta	Y 1	Y 0
7	Tatil zamanlarında	Y 1	Y 0
Toplam Puan (0-7)			

S. M. Hunt, J. McEwen (1985) J R Coll Gen Pract. 1985 Apr; 35(273): 185-188.

1. Bölüm Toplam Profil Puanı (0-600):

.....

2. Bölüm Toplam Profil Puanı (0-7)

.....

Ek 12. Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği

MONTREAL BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

Test Tarihi:

GÖRSEL MEKANSAL / YÖNETİCİ İŞLEMLER		SAAT çizme (On biri on geçe) (3 puan)		PUAN			
<p>Küp Kopyalama</p>		<p>Çevresi Rakamlar Kollar</p> <p>[] [] []</p>			___/5		
ADLANDIRMA							
<p>[]</p>		<p>[]</p>		___/3			
BELLEK							
<p>Kelime listesini okuyun ve hastaya tekrar ettirin. İki deneme yapın. 5 dakika sonra tekrar sorun</p>		BURUN	KADİFE	CAMI	PAPATYA	MOR	Puan yok
DİKKAT							
<p>Sayı listesini okuyun (1 sayı / san.) Hasta sayıları baştan sona doğru saymalı</p>		<p>[] 2 1 8 5 4</p>		___/2			
<p>Hasta sayıları sondan başa doğru saymalı</p>		<p>[] 7 4 2</p>					
<p>Harf listesini hastaya okuyun. Hastaya her A harfi okunduğunda masaya eli ile vurmastını söyleyin. İki veya daha fazla hata var ise puan vermeyin.</p>		<p>[] FBACMNAAJKLBFAFAKDEAAAJAMOF AAB</p>		___/1			
<p>100 den başlayarak yedişer çıkarma</p>		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3
<p>4 veya 5 doğru çıkarma: 3 puan, 2 veya 3 doğru çıkarma: 2 puan, 1 doğru :1 puan, 0 doğru 0 puan.</p>							
LİSAN							
<p>Tekrar ettirin: Tek bildiğim bugün yardıma ihtiyacı olan kişinin Ahmet olduğudur.</p>		<p>[] Köpekler odadayken kedi hep kanapenin altında saklanırdı.</p>		___/2			
<p>Akıcılık / 1 dakikada K harfi ile başlayan maksimum sayıda kelime saydın.</p>		<p>[] _____ N ≥ 11 kelime</p>		___/1			
SOYUT DÜŞÜNME							
<p>Benzerlik. Örn. muz-portakal = meyve.</p>		[] tren - bisiklet	[] saat - cetvel	___/2			
GECİKMELİ HATIRLAMA							
<p>Kelimeleri İPUCU OLMADAN hatırlama</p>		BURUN	KADİFE	CAMI	PAPATYA	MOR	Sadece İPUCUSUZ hatırlanan kelimeler için puan verin
<p>Kategori ipucu</p>		[]	[]	[]	[]	[]	
<p>Çoklu seçmeli ipucu</p>		[]	[]	[]	[]	[]	
YÖNELİM							
<p>[] Gün [] Ay [] Yıl [] Gün adı [] Yer [] Şehir</p>				___/6			
<p>© Z.Nasreddine MD Version November 7, 2004 www.mocatest.org Normal 21 / 30</p>		<p>TOPLAM</p>		___/30			
<p>Türkçe versiyon 2009. K. Selekler & B. Cangöz</p>							