

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE (TRSM)
KAYITLI PSİKOTİK BOZUKLUK TANILI
HASTALARIN TRSM PROGRAMINA
DÜZENLİ KATILIM SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ceyda SARDOĞAN

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN

İSTANBUL – 2021

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNE (TRSM)
KAYITLI PSİKOTİK BOZUKLUK TANILI
HASTALARIN TRSM PROGRAMINA
DÜZENLİ KATILIM SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez 02/06/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitede tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Ceyda SARDOĞAN

02.06.2021



ÖNSÖZ

Tez çalışması boyunca bilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, çalışmamı sahiplenerek titizlikle takip eden ve akademik gelişimime katkı sağlayan danışmanım Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN'e; yüksek lisans eğitimim boyunca klinisyenliğim üzerine katkılarından ötürü Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR, Psk. Dr. Burcu SEVİM ve Dr. Anıl GÜNDÜZ'e; bilimsel katkıları ile tezime yön veren değerli jüri üyeleri Prof. Dr. Kadriye Esin CANTEZ'e ve Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN'a; tez çalışmama katılmayı kabul eden deneyim ile uzman tüm katılımcılarımıza; tezimin yapılandırılması aşamasında önemli katkılarını sunan arkadaşım Uzm. Hem. Velat CANGÜLEÇ'e; tezimin incelenmesinde desteğini esirgemeyen arkadaşım Klinik Psikolog Osman Mert AKGÜÇ'e; eğitim hayatım boyunca beni daima cesaretlendiren, kişiliği ve klinisyenliği ile bana örnek olan, bilgi ve tecrübeleri ile hayatıma ışık tutan teyzem Dr. Songül ALPER'e; hayatım boyunca hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan, varlıklarıyla bana güç veren ve her daim desteğini hissettiğim sevgili aileme değerli katkı ve emekleri için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ceyda SARDOĞAN

02.06.2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE	8
1.1. Psikotik Bozukluklar ve Şizofreni	8
1.2. Epidemiyoloji.....	9
1.3. Etiyoloji.....	10
1.4. Tanı	10
1.5. Psikotik Bozukluklarda Gidiş, Sonlanım ve Prognoz	11
1.6. Tedavi.....	12
1.6.1. İlaç Tedavisi	12
1.6.2. Elektrokonsvülsif Tedavi.....	13
1.6.3. Psikososyal Tedaviler.....	13
1.7. Psikotik Bozukluklarda İçselleştirilmiş Damgalanma	15
1.8. Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi.....	16
1.9. Psikotik Bozukluklarda Aile Desteği	18
1.10. Psikotik Bozukluklarda Tedaviye Uyum	20
1.11. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	21
1.11.1. Dünya’da Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	22
1.11.2. Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	23
BÖLÜM 2: GEREÇ VE YÖNTEM	24
2.1. Araştırmanın Tipi	24
2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	24
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
2.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	25
2.3.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri	25
2.4. Araştırmanın Değişkenleri	25
2.5. Veri Toplama Araçları	26
2.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	26
2.5.2. TRSM’ye Kayıtlı Hastaların Klinik Özellikler ve TRSM’ye İlişkin Görüşler Formu.....	26

2.5.3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUÖÖ).....	26
2.5.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)	27
2.5.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR).....	27
2.5.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGIÖ).....	28
2.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	28
2.7. Verilerin Analizi.....	29
2.8. Araştırmanın Etik Boyutu	29
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
BÖLÜM 3: BULGULAR.....	30
BÖLÜM 4: TARTIŞMA.....	38
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	47
KAYNAKÇA	49
EKLER.....	60
ÖZGEÇMİŞ.....	68

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CMHC	: Community Mental Health Center
CGI	: Clinical Global Impression Scale
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD-10	: International Classification of Diseases
ISMI	: Internalized Stigma of Mental Illness
KGİÖ	: Klinik Global İzlenim Ölçeği
MARS	: Medication Adherence Rating Scale
RHİDÖ	: Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği
RUTBE	: Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TTUOÖ	: Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği
WHO	: World Health Organization
WHOQOL-BREF TR	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu

TABLO LİSTESİ

Tablo. 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	30
Tablo. 2: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre TRSM Programına Katılım Durumunun Karşılaştırılması	31
Tablo. 3: Hastaların Klinik Özelliklerine Göre TRSM Programına Katılım Durumunun Karşılaştırılması	33
Tablo. 4: Hastaların TRSM Programına Düzenli Katılımında Etkili Olan TRSM'ye Ait Faktörler	35
Tablo. 5: Hastaların TRSM Programına Düzenli Katılım Sıklığına Göre RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	36
Tablo. 6: Hastaların TRSM Programına Düzenli Katılım Sıklığına Göre WHOQOL-BREF TR Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	36
Tablo. 7: Hastaların TRSM Programına Düzenli Katılım Sıklığına Göre TTUOÖ ve KGIÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	37

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü – Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Toplum Ruh Sağlığı Merkezine (TRSM) Kayıtlı Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların TRSM Programına Düzenli Katılım Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi	
Tezin Yazarı: Ceyda SARDOĞAN	Danışman: Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN
Kabul Tarihi: 02.06.2021	Sayfa Sayısı: iv (ön kısım) + 59 (tez) + 9 (ek)
Anabilim dalı: Psikoloji	Bilim dalı: Klinik Psikoloji
Bu araştırma, TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla kesitsel türde yapıldı. Araştırmaya İstanbul'da bulunan bir psikiyatri hastanesine bağlı TRSM'ye kayıtlı şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve delüzyonel bozukluk tanılı 18-65 yaş arasındaki 105 hasta dâhil edildi. Araştırmada Sosyodemografik Bilgi Formu, TRSM'ye Kayıtlı Hastaların Klinik Özellikler ve TRSM'ye İlişkin Görüşler Formu, Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUÖÖ), Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGIÖ) kullanıldı. Veriler Student t testi, Pearson ki-kare testi, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılarak analiz edildi. TRSM'ye kayıtlı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığının %13.8 olduğu saptandı. TRSM programına düzenli katılan hastaların %75'i erkekti ve sosyal güvencesi olanların düzenli katılım sıklığı daha fazlaydı ($p<0.05$). Düzenli katılan hastaların 16 yıldan uzun süredir hastalık öyküsüne sahip olduğu, hastaneye 3 veya 3'ten fazla yatış öyküsünün bulunduğu ve ilaç kullanım süresinin daha uzun olduğu saptandı ($p<0.05$). TRSM programına düzenli katılan hastaların düzensiz katılanlara göre aileleri tarafından daha çok desteklendiği görüldü ($p<0.05$). Hastalara TRSM'ye gelmelerinde etkili olan faktörler sorulduğunda bunları; TRSM çalışanlarının güler yüzlü olması (%100), danışmana kolaylıkla ulaşabilme (%95), TRSM ortamının huzur verici olması (%92.5) ve psikiyatriste rahatlıkla ulaşabilme (%92.5) olarak sıraladılar. TRSM programına düzenli katılan ve katılmayanların WHOQOL-BREF TR toplam ölçek puanlarında anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$), düzenli katılımı olanların 'fiziksel' ve 'çevre' alt ölçeklerine ait puan ortalamaları anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$). Bu çalışmada cinsiyet, sosyal güvence, hastalık şiddeti, aile desteği, danışmana ve psikiyatriste kolaylıkla ulaşabilme, TRSM ekibinin hastalara yaklaşımı ve TRSM ortamıyla ilişkili faktörlerin düzenli katılımı etkili olduğu saptandı. Bu çerçevede, TRSM'ye düzenli katılımı etkileyen faktörler dikkate alınarak hastaların TRSM programlarına düzenli katılım sıklığını artırmaya yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.	
Anahtar Kelimeler: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Psikotik Bozukluk, Şizofreni, Düzenli Katılım.	

Istanbul Kent University Graduate Education Institute Abstract of Master's Thesis

Title of the Thesis: The Frequency of Regular Participation of Patients Registered at a Community Mental Health Center with the Diagnosis of Psychotic Disorders and Evaluation of Related Factors

Author: Ceyda SARDOĞAN **Supervisor:** Assoc. Prof. Bülent Kadri GÜLTEKİN

Date: 02.06.2021

Nu. of pages: iv (pre text) + 59 (main body) + 9 (App.)

Department: Psychology

Subfield: Clinical Psychology

This cross-sectional study was conducted to examine the frequency of regular participation of patients registered at a Community Mental Health Center (CMHC) with the diagnosis of psychotic disorders and to evaluate related factors. The study included 105 patients between the ages of 18-65 years, who were diagnosed with schizophrenia, schizoaffective disorder and delusional disorder according to the DSM-5 and who were registered at the CMHC affiliated to a psychiatric hospital in İstanbul. Inventory tools included a Socio-demographic Information Form, A Questionnaire on Clinical Characteristics of Patients Registered to the CMHC and their Opinions on CMHC, Medication Adherence Rating Scale (MARS), Internalized Stigma in Mental Illness (ISMI), Turkish Version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF TR) and the Clinical Global Impression Scale (CGI). Data were analyzed using the Student's t-test, Pearson chi-square test, Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests. The frequency of regular participation in the CMHC program was found to be 13.8%. Three quarters of the patients with regular participation in the CMHC program were males and the patients with social insurance had a higher frequency of regular participation ($p<0.05$). Those having regular participation had a history of illness for more than 16 years, 3 or more hospitalizations, and a longer duration of medications ($p<0.05$). Regular participation in the CMHC program was also associated with a higher family support ($p<0.05$). Factors that encouraged the patients to visit the CMHC ranked in the following order: friendly relations of CMHC employees (100%), easy access to the counselor (95%), peaceful CMHC environment (92.5%), and easy access to a psychiatrist (92.5%). While patients with and without regular participation to the CMHC program did not differ in WHOQOL-BREF TR total scale scores ($p>0.05$), those with regular participation had significantly higher mean scores on the 'physical' and 'environment' subscales ($p<0.05$). In this study, regular participation of the patients in the CMHC program were related to gender, social security coverage, disease severity, family support, easy access to the counselor and psychiatrist, friendly approach of the CMHC team to the patients and the CMHC environment. In this context, attempts to increase the participation of patients in CMHC programs should take into account the factors that improve regular participation.

Keywords: Community Mental Health Center, Psychotic Disorders, Schizophrenia, Regular Participation.

GİRİŞ

Bir toplum sağığı sorunu olarak şizofreni, dünyadaki yaklaşık 20 milyon kişiyi etkileyerek kronikleşme eğilimi gösteren ve yeti yitimine sebep olan bir hastalıktır (Ritchie ve Roser, 2018). Tüm dünyada yaygın olarak görülen şizofreninin bireysel, ailesel ve duygusal yükü ağır olmakla birlikte toplumsal ve ekonomik maliyeti fazladır. Şizofreni ile ilişkili dolaylı masrafların toplam maliyetin %50'si ile %85'ini oluşturduğu, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki şizofreni popülasyonuna ait yıllık maliyetin ise 94 milyon dolar ile 102 milyar dolar arasında değiştiğı sistematik bir derlemede belirtilmiştir (Chong ve ark., 2016: 370).

Şizofreni, nüfusun yaklaşık %1'ini etkilemesi ile sosyal ve mesleki işlevlerde uzun süreli bozulmalara neden olmakta ve böylece büyük bir sağıık bakım yükünü oluşturmaktadır. Hastalık şiddeti, hastanın tedaviye uyumsuzluğu ve yetersiz aile desteğı gibi sebeplerle takip ve tedavilerin düzenli bir şekilde yapılamaması ülke ekonomisini ciddi ölçüde etkilemektedir (McCutcheon, Marques ve Howes, 2019: 201). Şizofreni ile ilişkili doğrudan medikal harcamaları hastalık başlangıç yaşı, eşlik eden hastalıkların varlığı, hastaneye yatış durumu, acil servisin kullanımı, ayaktan muayene, sürdürüm tedavisi için ilaçların uzun süreli kullanımı ve gayri resmi bakım ihtiyacı gibi etkenler oluştururken; dolaylı masrafları ise morbidite ve mortalite kaynaklı işgücü kaybının oluşturduğu bilinmektedir (Desai ve ark., 2013: 468).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2001-2002 yılları arasında yapılan Tıbbi Harcama Paneli Araştırmasına (Medical Expenditure Panel Survey) göre, sağıık bakım harcamalarının çoğunu hastanede tedavi gören şizofreni hastalarından ziyade toplumdaki şizofreni hastalarının küçük bir kısmı oluşturmaktadır (McDonald ve ark., 2005: 245). Bu durum, şizofreni veya psikotik bozukluğu olan bireylerin toplum içindeki rehabilitasyonunun ve tedavisinin yadsınamayacak derecede önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

1960'lı yıllarda Avrupa'daki antipsikiyatri hareketinin etkisiyle, ruhsal bozukluğu olan hastaların sadece yataklı psikiyatri servislerinde tedavilerinin yapılmasının yetersiz olduğu saptanmış ve bu bireylerin rehabilitasyonlarının sağıılandığı toplum temelli psikiyatri modeli uygulanmaya başlanmıştır. İtalya'da büyük psikiyatri

hastanelerinin kapatılması ve sağlık hizmetinin bölgesel olarak verildiği TRSM'lerin açılması ile hastane tabanlı hizmet modelinden aşamalı olarak toplum temelli hizmet modeline geçilmeye başlanmıştır (Alataş ve ark., 2009: 26).

Medikal tedavinin tek başına istenilen klinik yanıtı sağlayamaması nedeni ile Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) bu amaçla önerdiği toplumu esas alan ruh sağlığı modelinin temelinde, hastaları hastane dışında tedavide aktif olarak tutabilmek için TRSM'ler bulunmaktadır (WHO, 2001). 2008 yılından günümüze kadar Türkiye'de 79 ilde olmak üzere toplam 177 TRSM açılmış olup psikotik bozukluk ve bipolar duygulanım bozukluğu tanılı hastalara hizmet vermeye devam etmektedir (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğu, 2021). TRSM'nin işlevleri; kendisine bağlı bölgedeki ağır psikiyatrik hastalığu olan bireyleri ve aileleri bilgilendirme, hasta bireylerin takibini ve ayaktan tedavisini yapma, bireysel veya grup terapi yöntemlerinin kullanılması ile toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını sağlama, iş-uğraş terapisi, psikoeğitim, rehabilitasyon ve gerektiğinde gezici ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapma şeklinde sıralanmaktadır (Alataş, Kahiloğulları ve Yanık, 2011: 29).

Türkiye'de ilk defa Bolu'da kurulan TRSM'de şizofreni hastalığu olan bireylere verilen hizmetlerin yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisinin incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada TRSM'de verilen hizmetlerin yaşam kalitesi, genel ve sosyal işlevselliğu belirgin derecede artırırken; yeti yitimini ise önemli oranda azalttığı tespit edilmiştir (Ensari ve ark., 2013: 112). şahin ve Elboğa'nın (2019: 435) çalışmasında ise TRSM hizmeti alan ve almayan hastalar tıbbi tedaviye uyum, yaşam kalitesi, içgörü ve işlevsellikleri bakımından karşılaştırılmış olup çalışma sonucunda da TRSM hizmetinden faydalanan hastaların genel ve sosyal işlevselliğu ile yaşam kalitesinin arttığı gözlenmiştir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin ruh sağlığını koruma, geliştirme ve yükseltme konusunda önemli rolleri bulunmaktadır. Toplum ruh sağlığı hizmetleri hastalıkları önlemeyi, hasta bireyin ve ailesinin yaşamını kolaylaştırmayı, hastanın işlevselliğini arttırmak için gerekli becerilerin kazandırılmasını ve toplumla bütünleştirilmesini hedeflemektedir (Çam ve Engin, 2014). 1963 yılından itibaren toplum ruh sağlığı alanında hizmetlerin verilmeye başlanması ile psikososyal hizmetler değer kazanmış, öz bakım uygulamaları ve günlük yaşam aktiviteleri konusunda

hastalara eğitim verilerek topluma tekrar kazandırılmaları konusunda hastalar desteklenmeye çalışılmıştır (Üstün, Küçük ve Buzlu, 2018: 70).

TRSM'den hizmet alan hastaların sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile öz yeterlilik ve tedaviye uyumlarının incelendiği araştırmada, TRSM'deki rehabilitasyon programlarına düzenli olarak katılan şizofreni hastalarının tedaviye uyumlarının TRSM'deki programlara katılmayan hastalara göre daha yüksek olduğu; bekâr olanların evli olan hastalara, kadın hastaların ise erkek hastalara göre tedaviye uyumlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Üstün ve ark., 2018: 77). Şahin, Elboğa ve Altındağ (2019: 28) tarafından yapılan bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılı 356 hastanın dahil edildiği retrospektif çalışmada, TRSM hizmeti almayan hastaların hastaneye yatış oranının arttığı, hastaların TRSM'ye katıldıktan sonraki hastanede kalış süresinin azaldığı ve TRSM'nin kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin hastaneye yeniden yatışını azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir. Wanchek ve arkadaşlarının (2011: 194) yaptığı çalışmada ise toplum ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilirliği ile psikiyatrik hastalıkların sebep olduğu hastaneye yatış oranı arasında negatif korelasyon olduğu saptanmıştır.

Aydın ve arkadaşlarının (2014: 186) tanımına göre “*TRSM'lerin sık yatışları engelleme oranı, bu merkezlerin etkinliğini değerlendiren en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir*”. Krieger ve arkadaşlarının (2020: 1460) toplum temelli ruh sağlığı rehabilitasyon hizmetlerini almadan önce ve aldıktan sonra şizofreni tanısı almış hastaların hastaneye yatış oranlarındaki ve sürelerindeki değişiklikleri incelediği çalışmada, hastaların rehabilitasyon hizmetlerine katıldıktan sonraki süreçte hastaneye yatış oranı ve hastanede yatış gün sayısında önemli derecede azalma olduğu belirtilmiştir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin, hastaların kliniklerde yatış gün sayısını %20 ila % 85 arasında değişen oranlarda azalttığına ilişkin literatür çalışmaları bulunmaktadır (Degen ve ark., 1990: 268; Muijen ve ark., 1992: 749; Dincin ve ark., 1993: 833).

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin erken dönemdeki psikoz hastalarının hastalık belirtileri ve sosyo-mesleki işlevselliği üzerine etkisini incelediği araştırmada; bir yıllık takip boyunca hastaların ilaçlara uyum oranı ve iyileşme oranında artış saptanırken; *Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği, Psikotik Belirti Derecelendirme Ölçeği,*

Sosyal İşlevsellik Ölçeği ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeğine ait puanlarda zamanla önemli düzeyde olumlu değişiklikler tespit edilmiştir (Na ve ark., 2016: 729).

TRSM'ye katılım sıklığı ile ilgili literatür incelendiğinde, ülkemizde bugüne kadar yapılan sadece üç araştırmaya ulaşılmıştır (Donyağı, 2016: 49; Kaya, 2019: 65; Şahin, Elboğa ve Altındağ, 2020: 70). Donyağı'nın (2016: 49) yaptığı araştırmada TRSM'ye düzenli katılan, aralıklı devam eden ve devamlılık sağlamayan hasta yakınlarının bakım yükü algısı incelenmiştir. TRSM'deki rehabilitasyon etkinliklerine katılan ve TRSM'deki danışmanları ile görüşmelere gelen hastalar düzenli devam eden grup olarak tanımlanırken; ayda bir kere ilaç reçete ettirmeye ve depo antipsikotik enjeksiyon yaptırmaya gelenler aralıklı devam eden hasta grubu olarak kabul edilmiştir. TRSM ekibinin ev ziyareti yaptığı veya kuruma gelmeyi kabul etmeyen hastaların ise devam etmeyen grup olarak adlandırıldığı çalışmada, hasta yakınlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeğinden aldığı bakım yükü puan ortalamasının anlamlı derecede farklılık gösterdiği; TRSM'ye düzenli devam eden gruba ait bakım yükü algısının, aralıklı devam eden ve devam etmeyenlere göre düşük olduğu bulunmuştur.

Kaya (2019: 65) tarafından yapılan araştırmada TRSM'ye kayıtlı hastalar TRSM programına katılım sıklıklarına göre ilaç uyumu, sosyal işlevsellik ve içgörü bakımından karşılaştırılmıştır. TRSM programına daha sık katılan hastaların sosyal işlevsellik ve içgörü açısından daha iyi düzeyde oldukları ve düşük düzeyde ilaç uyumuna sahip hastaların orta ve yüksek düzeyde ilaç uyumuna sahip hastalara göre anlamlı düzeyde TRSM programına katılımının daha az olduğu tespit edilmiştir. Şahin ve arkadaşlarının (2020: 70) TRSM'ye katılım sıklığı ile ilgili yaptığı çalışmada ise katılım sıklığı arttıkça tedaviye uyum, işlevsellik ve içgörünün arttığı gözlenmiştir.

Moreno-Küstner ve ark. (2011: 1) tarafından, şizofreni hastalarının toplum ruh sağlığı hizmetlerini kullanımı ile ilişkili faktörlerin çok düzeyli analizle incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada tanı ve hastalık şiddeti gibi hastalığa bağlı etmenler ile yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, çalışma durumu, etnik köken, medeni durum, hastanın TRSM'de sıklıkla iletişim kurduğu ruh sağlığı uzmanının yetkinlik alanı gibi sosyal ve bireysel etmenlerin TRSM hizmetinin kullanımını etkilediği bulunmuştur.

Cochrane Library, Scopus, Springer Link, Ovid, EBSCO, PsycINFO, Science Direct, UpToDate, Taylor & Francis Group, Wiley, JSTOR, Sage Journals, Google

Akademik, PubMed, ProQuest, Ulakbim ve Ulusal Tez Merkezi'ne ait veri tabanlarından yapılan araştırma sonucunda TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi konusunda herhangi bir çalışmaya ulaşamamıştır. Halbuki ülkemizdeki TRSM'ye kayıtlı hasta sayısı fazla olmasına rağmen daha az sayıdaki hastanın TRSM'lerdeki psikososyal rehabilitasyon etkinliklerine düzenli katılım sağladığı gözlemlenmiştir. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımı ile ilişkili birçok etmenin de bulunduğu göz önüne alındığında, TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesine gereksinim duyulmuştur.

TRSM'ye düzenli katılım sıklığında etkili olan faktörlerin incelenmesi bu çalışmanın ana eksenini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmanın bu konudaki ilk araştırma olmasıyla alan yazınına katkı sağlayacağı; hem TRSM'lerde çalışan psikolog, psikiyatri hemşiresi, psikiyatri hekimi, ergoterapist ve sosyal hizmet uzmanlarına hem de TRSM'ye kayıtlı hasta bireylere ve ailelerine yönelik müdahalelerinin düzenlenmesinde rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Konusu

TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ve ilişkili faktörlerin incelenmesidir.

Araştırmanın Önemi

Ülkemizde TRSM sayısının artması ile TRSM'lerin şizofreni ve psikotik bozukluklar üzerine etkililiğini araştıran çalışmalar hız kazanmaya başlamıştır. Literatür incelendiğinde ise toplum ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımı ile ilgili araştırmaların çoğunun TRSM etkinliklerine katılımın hastalık sürecine olan olumlu etkilerine ve az bir kısmının ise TRSM'ye katılım durumu ile ilişkili faktörlere odaklandığı tespit edilmiştir (Üstün ve ark., 2018: 76; Krieger ve ark., 2020: 1459; Moreno-Küstner ve ark., 2011: 9). TRSM'ye katılım durumunu inceleyen çalışmalarda şizofreni hastalarının bedensel sağlık durumu, sosyodemografik özellikleri, hastalığa bağlı etkenler ile kurumda çalışan uzmanlara ve kuruma bağlı faktörlerin toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımına olan etkisinin araştırıldığı gözlemlenmiştir (Patel, Frederick ve Kidd, 2018: 80, Moreno-Küstner ve ark., 2011: 10).

Psikotik bozukluk tanısı olan bireylerin TRSM programına düzenli katılım sıklığını etkileyen faktörlerin incelenmesi ile ilgili herhangi bir çalışmaya ulaşamadığı için yapılan bu çalışma TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluğu bulunan hastaların TRSM'de düzenlenen rehabilitasyon faaliyetlerine düzenli katılım sıklığı ve TRSM programına katılımı ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Moreno-Küstner ve ark. (2011: 10) tarafından yapılan çalışmada profesyonel destek ağının toplum ruh sağlığı hizmetlerini kullanımını nasıl etkilediği konusunda araştırma yapılması önerildiği için bu çalışmada ayrıca psikiyatrist ile danışman rolündeki psikolog, hemşire ve sosyal hizmet uzmanına ulaşabilme kolaylığının TRSM'ye katılım sıklığına etkisi incelenmiştir.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada kesitsel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın evrenini TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırma Soruları

- TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ne kadardır?
- TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların sosyodemografik özellikleri ile TRSM programına düzenli katılım sıklığı arasında istatistiksel olarak bir ilişki var mıdır?
- TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların klinik özelliklerine göre TRSM programına düzenli katılım sıklığı farklılık gösterir mi?
- TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların içselleştirilmiş damgalanma düzeyi ile TRSM programına düzenli katılım sıklığı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

- TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların tıbbi tedaviye uyum düzeyleri ile TRSM programına düzenli katılım sıklığı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
- TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların hastalık şiddeti ile TRSM'ye düzenli katılım sıklığı arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesi ile TRSM'ye düzenli katılım sıklığı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?



BÖLÜM 1: KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Psikotik Bozukluklar ve Şizofreni

Psikotik bozukluk; genellikle ilk gençlik çağında başlayan, işlevselliği bozarak yeti yitimine neden olan, gidişi ve sonlanımı kişiden kişiye değişkenlik gösteren kronik bir ruhsal bozukluktur. Psikotik belirtilerin ortaya çıkışı aniden ve taşkınlıklar şeklinde olabileceği gibi, yavaş yavaş ve çok sinsi de gelişebilmektedir. Psikotik bozukluklar; şizofreni, kısa psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk, şizoaffektif bozukluk ve delüzyonel bozukluklar olarak sınıflandırılmaktadır (Sadock ve Ruiz, 2015: 317). Şizofreni terimi “ilk olarak 1911 yılında Eugen Bleuler tarafından kişilik, düşünce, hafıza ve algılamadaki işlevsel ayrılmayı belirtmek için” kullanılmıştır. Bleuler, Kraepelin’in belirttiği gibi hastalığın genç yaşlarda başlama ve “*dementia praecox*” (erken bunama) ile sonuçlanma zorunluluğunun olmadığını göstermiştir. Hastalığın gidişi ve sonlanışından ziyade daha çok belirti ve bulgular üzerinde çalışmalar yapmıştır (Soygür ve ark., 2007: 5).

Bleuler, hastalığın etkilerini birincil ve ikincil belirtiler olmak üzere iki gruba ayırmıştır. “*Şizofrenide çağrışımların bozulması, duygulanımda küntleşme, kişinin kendi iç dünyasına yönelmesi, düşünce, duygu ve davranışta ambivalans belirtisinin olduğu birincil; delüzyon, halüsinasyon, katatoni ve motor bozukluklar ikincil belirtiler olarak değerlendirmiştir.*” Bleuler'e göre birincil belirtiler her şizofreni hastasında bulunması gereken belirtilerdir. İkincil belirtiler ise birincil belirtilerin üzerine eklenen belirtilerdir ve bu belirtiler diğer ruhsal hastalıklarda da görülebilmektedir (Soygür ve ark., 2007: 5).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) , şizofreniyi bir spektrum olarak ele almış ve tüm psikotik bozuklukları şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar olarak sınıflandırmaktadır. Şizofreni gençlikte ve genç yetişkinlikte ortaya çıkan, bireyin sosyal ilişkilerinden ve gerçeklerden kendini soyutlayarak içe kapanım dünyasında yaşadığı; duygu, düşünce ve davranışlarda ciddi düzeyde bozulmalara neden olan ve toplum temelinde ele alınması gereken psikotik bir bozukluktur (Sadock ve Ruiz, 2015: 300).

Şizoaftik bozukluk ise psikiyatri hekimliğinin en tartışmalı konularından biridir. Şizoaftik bozukluk, bir taraftan şizofreniye diğer taraftan duygu durumu bozukluklarına benzer belirtilerin bir arada bulunduğu durum olarak tanımlanmaktadır (Işık E., Taner ve Işık U., 2008: 98).

Şizoaftik bozukluğun psikotik duygu durum bozukluğundan farklı olmadığını öne süren çalışmalarla birlikte şizoaftik bozukluğun şizofreninin bir biçimi olduğunu destekleyen araştırmalar da bulunmaktadır. Şizoaftik bozukluk tanısı için duygu durum belirtilerinin bir duygu durum bozukluğu tanısı konulacak şiddette olması ve eğer duygu durum bozukluğu çökkünlük ise hastada çökkün duygu durumunun mutlaka bulunması gerekmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 208).

1.2. Epidemiyoloji

Hem yaygınlığı hem de erken yaşlarda ortaya çıkarak kişinin hayatında yol açtığı kayıplar bakımından şizofreni, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından desteklenen Epidemiyolojik Alan Yakalama çalışması şizofreninin yaşam boyu yaygınlık oranının %0.6 ile %1.9 arasında olduğunu bildirmiştir. ABD’de, toplam nüfusun yaklaşık %0.05’i herhangi bir yılda şizofreni tedavisi görmekte ve hastalığın ciddiyetine rağmen sadece şizofreni hastalarının yaklaşık yarısı tedavi almaktadır (Sadock ve Ruiz, 2015: 301).

Türkiye’de psikotik bozukluk prevalansı ile ilgili yapılan sistematik bir derlemede, toplum genelinde şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8.9 olarak bulunmuştur. Üniversite öğrencileri, evsizler ve mahkûmlar gibi alt gruplarda psikoz yaygınlığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Binbay ve ark., 2011: 50). İzmir’de şizofreni ve psikotik belirtili bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığının araştırıldığı çalışmada psikotik bozuklukların prevalansı %1.42, şizofreni prevalansı %0.74, şizoaftik bozukluk yaygınlığı ise %0.20 olarak bulunmuştur (Binbay ve ark., 2012: 149). McGrath ve arkadaşlarının (2008: 73) şizofreni sıklığı ve yaygınlığını incelediği çalışmada ise şizofreni prevalansının gelişmiş ülkelerde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Önceki dönemlerde, kadınlarda ve erkeklerde şizofreni sıklığı ve prevalansı bakımından önemli bir fark bulunmadığı düşünülmekte iken son yıllarda şizofreni hastalığının erkeklerde daha sık görüldüğü ve farklı çalışmalarda erkek/kadın oranının

1.4 olduğu bildirilmiştir. Bu farklılık, erkeklerde hastalık başlangıç yaşının erken olması ve hastalığın kadınlarda daha iyi bir prognoza sahip olmasından kaynaklanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 190).

şizofreni yaygınlığı normal nüfusta yaklaşık olarak %1 iken, birinci derece akrabalarında şizofreni olan kişilerde riskin on kat arttığı bildirilmiştir. Ailede etkilenen birey sayısı arttıka hastalığa yakalanma riski de artmaktadır. Anne ve babasında şizofreni hastalığı olan bireylerde hastalığa yakalanma riski %50 iken, tek yumurta ikizinin hasta olduğu durumlarda ise bu riskin %60 ile %84 arasında değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir (Soygür ve ark., 2007: 29).

1.3. Etiyoloji

şizofreninin gelişiminde genetik faktörler belirgin role sahip olmasına karşın hastaların büyük bir kısmında hastalığın ortaya çıkışında çevresel risklerin de önemli bir yere sahip olduğu yapılan çalışmaları ortaya konulmuştur. Çevresel riskler arasında prenatal ve perinatal komplikasyonlar, madde kullanımı, nörotransmitter düzeyinde değişiklik ve sosyoekonomik stresörler gibi psikososyal etkenler bulunmaktadır (Soygür ve ark., 2007: 30). Yapılan bir meta analiz çalışmasında gebelik komplikasyonları, anormal fetal büyüme ve gelişme, doğum komplikasyonları olmak üzere şizofreni ile ilişkili bulunan üç çeşit obstetrik komplikasyon olduğu bildirilmiştir (Cannon, Jones ve Murray, 2002: 1080).

Hastalığın oluşumu ve gidişatı stres-yatkınlık modeli ile açıklanmaktadır. Bu yaklaşıma göre genetik, perinatal etkiler ve kafa travması gibi olumsuz çevre koşullarının şizofreniye yatkınlığı artırdığı ileri sürölmektedir. Yatkınlık geliştikten sonra hastalık başlangıcı ve prognozu biyolojik ve psikososyal faktörlerin etkileşimi ile ortaya çıkmaktadır (Sungur ve Yalnız, 1999: 164).

1.4. Tanı

şizofreni hastalığına özğü herhangi bir laboratuvar bulgusu, test veya tetkik bulunmamaktadır. şizofrenide tutarlı bir hastalık öncesi öykü olmaması ve beyinde yapısal değişiklik saptanamaması gibi sebeplerden dolayı şizofreni, psikiyatri tarihinin en ilgi çekici konularından biri olarak önemini korumaya devam etmektedir. Bu

nedenle, şizofreninin tanılanması konusunda ortak bir karara varılabilmesi için sınıflandırma sistemleri oluşturulmuştur (Soygür ve ark., 2007: 165).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan DSM-5 ve DSÖ tarafından hazırlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD-10), şizofreni ve psikotik bozukluk tanısı için günümüzde yaygın olarak kullanılan sınıflandırma sistemlerindendir (Sadock ve Ruiz, 2015: 307).

1.5. Psikotik Bozukluklarda Gidiş, Sonlanım ve Prognoz

Psikotik bozukluklarda hastalığın ilk beş yılı, ruh sağlığı uzmanlarına hastanın prognozu ile ilgili bilgi vermektedir. Psikoz ortaya çıktıktan sonraki ilk 5-10 yıl içinde hastalık, pozitif psikotik belirtilerin baskın olduğu alevlenmelerle ve aralarda remisyonlarla devam etmektedir. Hastalığın remisyon döneminde negatif belirtiler şiddetlenme ile kendini göstermektedir. Kimi hastalarda pozitif belirtiler yaşam boyu devam ederken kimi hastalarda iyileşme ve depresmeler şeklinde gider (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 213).

Hastaların %50'den fazlasında belirtilerde alevlenme, tekrarlayan hastane yatışları, duygu durum atakları ve intihar girişimleri ile kötü sonlanımlar görülmektedir (Sadock ve Ruiz, 2015: 318). Öte yandan, şizofrenide iyileşme oranları %10-60 olarak bildirilmiştir ve hastaların %20-30'unun normal bir yaşam sürdürdüğü tahmin edilmektedir. Hastaların yaklaşık %20-30'unda orta dereceli belirtiler deneyimlenirken, hastaların % 45'inde ise şizofreniye bağlı belirgin yıkım olduğu tespit edilmiştir (Soygür ve ark., 2007: 185).

Psikotik belirtilerin başlayıp uygun tanı konulduktan sonra tedavi edilene kadar geçen süre olarak bilinen tedavisiz psikotik dönem, hastalığın klinik gidişini ve tedavi yanıtını önemli derecede etkilemektedir. Tedavisiz geçen psikoz süresi ile şizofreninin erken dönemdeki seyrini inceleyen çalışmalarda, tedavisiz geçen psikotik dönem uzadıkça alevlenme sıklığının arttığı ve tedavi yanıtının daha kısıtlı olduğu gösterilmiştir (Akçay ve Gültekin, 2018: 178).

Lieberman ve Sobel'in çalışmasında (1993: 67) şizofreni prognozunun en iyi yordayıcısı olarak, hastalığın kronisite ölçütleri gösterilmiştir. Kronisite ölçütleri;

prodromal dönem, hastalık öncesi uyum, önceki hastalık ataklarının sayısı, hastaneye yatış sayısı ve işlevsellik düzeyini kapsamaktadır.

1.6. Tedavi

Psikotik bozuklukların birey, aile ve topluma ciddi bir bakım yükü oluşturması, yeti yitimine sebep olması ve ülke ekonomisine etkileri nedeniyle tedavisi önemli bir yere sahiptir. Psikotik bozukluklar tedavi edilebilir bir hastalık olup, hastalığın belirtilerini iyileştirmeye yönelik çok yönlü ve kişiye özgü bir tedavi yaklaşımı uygulanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 230).

Tedavide çeşitliliklerin artması ile birlikte hastalığın yönetiminde farmakoterapiye ek olarak bireysel ve grup psikoterapileri, psikodinamik psikoterapi, psikososyal rehabilitasyon, sosyal beceri eğitimi ve bilişsel davranışçı terapi yöntemleri kullanılmaktadır (Iati ve Waford, 2016: 18).

1.6.1. İlaç Tedavisi

1950’li yılların başında klorpromazinin kullanımı ile birlikte psikiyatrik hastalıkların tedavisinde bir çığır açılmıştır. Antipsikotik ilaçlar, akut psikotik dönemde pozitif belirtileri yatıştırarak oluşabilecek zararı engellemektedir. Psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan bütün farmakolojik ajanlar beyindeki postsinaptik dopamin reseptörlerini antagonize etme gücüne sahiptir. Günümüzde kullanılan antipsikotik ilaçlar, tipik ve atipik antipsikotikler olmak üzere iki gruba ayrılır (Sadock ve Ruiz, 2015: 318).

Birinci kuşak antipsikotikler olarak bilinen tipik antipsikotik ilaçların negatif duygu durum belirtileri ve bilişsel yıkım üzerindeki etkileri kullanımlarını kısıtlamaktadır. Karakuş, Kocal ve Sert’in (2017: 265) yaptığı çalışmada belirttiği gibi, *tipik antipsikotikler geçmişte bu ilaçlarla tedaviye iyi yanıt alınan ve kullanımlarında yan etkiler görülmeyen, kısa ve uzun etkili depo enjeksiyonlara gereksinim duyulduğu hasta popülasyonunda kullanılmaktadır.*

Tipik antipsikotiklerin ekstrapiramidal sistem yan etkileri nedeniyle psikotik bozuklukların tedavisinde genellikle atipik antipsikotikler tercih edilmektedir. Atipik antipsikotikler negatif belirtiler üzerinde daha etkili olmakla birlikte hastalığa bağlı

bilişsel yıkımı azaltarak sosyal işlevselliğin kazanılmasına katkı sağlar (Summakoglu ve Ertugrul, 2018: 51).

Hastalığın depresmesini önlemede, etkin bir tedavi yaklaşımının uygulanması ve antipsikotiklerin uzun süreli kullanımı gerekmektedir. Antipsikotik kullanan hastalarda bir yıl içindeki relaps oranı %16 ile %23 arasında iken, tedavi almayan hastalardaki hastalığın nüks etme oranı %53 ile %72 arasında değişkenlik göstermektedir (Sadock ve Ruiz, 2015: 319).

1.6.2. Elektrokonvülsif Tedavi

Elektrokonvülsif tedavi (EKT), 1938 yılından itibaren kullanılmaya başlanmış olup hastanın başındaki bitemporal ya da unilateral bölgelere elektrotların yerleştirilmesi ile uygulanan çeşitli frekanslardaki elektriksel uyarı ile beyinde epileptik nöbet oluşumu esasına dayalı psikiyatrik bir tedavi yöntemidir (Tharyan ve Adams, 2005: 3).

EKT, psikotik bozukluğu olan hastalarda ilaç tedavisine yanıt alamadığında; ajitasyonu fazla, intihar riski yüksek ve katatonik hastalarda uygulanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 237). Psikoz tedavisinin ilk epizodunda tek başına antipsikotik ilaç tedavisine göre EKT ile antipsikotik ilaç kombinasyonunda daha iyi yanıtlar elde edilmiştir (Painuly ve Chakrabarti, 2006: 65). Painuly ve Chakrabarti (2006: 65) tarafından yapılan çalışmada, şizofreni tedavisinde antipsikotik ilaç ve EKT kombinasyonunun, tek başına antipsikotik tedavisine kıyasla daha iyi sonuç verdiği ve tedaviye yanıtta hızlanma olduğu gösterilmiştir.

1.6.3. Psikososyal Tedaviler

Antipsikotik ilaçların ağır ruhsal bozuklukların tedavisinde tek başına yeterli olmadığı anlaşıldıktan sonra yeni tedavi modelleri araştırılmaya başlanmıştır. Bu tedavi modellerinden en önemlisi psikososyal tedavilerdir. Psikososyal tedaviler şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu bulunan hastalardaki sosyal becerileri, öz yeterliliği, kişilerarası iletişimi ve uygulama becerilerini artırmayı içerir. Psikososyal tedavide amaç, pozitif ve negatif belirtileri kontrol altına alınmaya çalışılan şizofreni tanılı bireylerin bağımsız yaşayabilmeleri için psikofarmakolojik girişimlerle birlikte sosyal ve mesleki becerilerinin gelişmesine yardımcı olmaktır (Sadock ve Ruiz, 2015: 321).

İlaç tedavisi ile birlikte uygulanan psikoterapötik yaklaşımlar ve rehabilitasyon programları, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin sağlığını geri kazanmalarında son derece önemlidir (Summakoglu ve Ertugrul, 2018: 53). Psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan psikososyal terapiler; sosyal beceri eğitimi, aile odaklı terapiler, grup terapisi, bilişsel davranışçı terapi, ruhsal toplumsal beceri eğitimi, bireysel psikoterapi, diyalektik davranışçı terapi, sanat terapi, mesleki terapi ve üst biliş eğitimidir (Yıldız ve ark., 2019: 140; Sadock ve Ruiz, 2015: 318).

Psikososyal yaklaşımlar arasında en sık kullanılan tekniklerden biri, sosyal beceri eğitimidir. Akut psikotik belirtilerin stabilizasyonu antipsikotik ilaç tedavisi ile sağlandıktan sonra psikotik hastalıklar nedeniyle bozulan günlük yaşam becerilerini iyileştirmeye yönelik uygun davranış biçimleri ve kişilerarası iletişim konusunda hastalara eğitim verilmektedir (Lieberman ve First, 2018: 278). Sosyal beceri eğitimlerinin, hastaneye yatış ihtiyacı ile ölçülen psikotik bozukluklardaki nüks oranlarını düşürdüğü, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesini artırdığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Almerie ve ark., 2015: 4; Sadock ve Ruiz, 2015: 318).

Sosyal becerilerin geliştirilmesi ile birlikte şizofreni veya psikotik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumları artmaktadır. Yapılan çalışmalarda, hastaların sosyal beceri eğitimi sonrası ilaçlarını nasıl kullanmaları gerektiğini öğrendiğinde hastalıklarını daha iyi yönetebildiği, tedavilerine karşı daha fazla sorumluluk aldığı ve hastalıklarına karşı daha fazla içgörü kazandıkları gösterilmiştir (Chien ve ark., 2013: 1471).

Yıldız ve arkadaşlarının (2019: 142) ruhsal toplumsal beceri eğitimi (RUTBE) ve üst biliş eğitiminin toplumsal ve bilişsel işlevsellik üzerine etkisini incelediği çalışmada, iki farklı eğitim programının hem psikopatoloji hem de toplumsal işlevsellik bakımından hastalar üzerinde olumlu etkisinin olduğu gösterilmiştir. Gutierrez-Recacha ve ark. (2006: 29) tarafından yapılan çalışmada ise psikososyal müdahalelerin sadece semptom azaltma, nüks etme ve tedaviye uyum gibi hastaların çok geniş yelpazedeki sağlık ihtiyaçlarını doğrudan karşılamakla kalmayıp, aynı zamanda şizofreni için standart tedaviden daha uygun maliyetli bir müdahale sağlayabileceği ileri sürülmüştür.

Antipsikotik ilaç tedavisi ağır ruhsal bozukluklarda hem psikotik belirtileri yatıştırıcı hem de nüksleri önleyici etkisi nedeni ile standart bir uygulama olmasına

karşın, hastaların %50-60'ına yakını uygun ilaç tedavisi almasına rağmen pozitif veya negatif semptomlar ile yaşamlarını sürdürmeye devam etmektedir (Karakuş ve ark., 2017: 264).

Psikotik bozuklukların tedavisinde kullanılan BDT yaklaşımlarında, hastaların hezeyan ve varsanıları hakkındaki inançlarını değiştirmeye yönelik bilişsel yeniden yapılandırma, kendini izleme ve gerçeği değerlendirme yetisini geliştirmek için psikotik belirtileri tetikleyen uyaranlara karşı davranışsal alıştırma teknikleri uygulanmaktadır (Lieberman ve First, 2018: 278).

Günümüzde psikozun psikolojik tedavisi geliştirilmeye devam etmektedir. Bu tedavi yaklaşımları, hasta bireylerin bilişsel şemalarını fark etmelerini ve psikotik belirtilerini yeniden değerlendirmelerini sağlar. Bu tedavi yöntemleri, hastalığın yeniden alevlenmesine ve devam etmesine neden olan psikozun yaşandığı stres döngüsünü kırma potansiyeline sahiptir. Şizofreni hastalarına karşı aşırı müdahale, düşmanca tutum ve eleştirel yorumlarla nitelendirilen yüksek duygu dışavurumu ve iletişim tarzı hastalığın yinleme oranının artmasıyla ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle psikoterapi programlarına aile üyeleri de dâhil edilerek duygu dışavurumu düzeyi azaltılıp, hasta bireyin ailesi ile ilişkisi uyumlu hale getirilmeye çalışılmaktadır (McCutcheon ve ark., 2019: 206).

1.7. Psikotik Bozukluklarda İçselleştirilmiş Damgalanma

Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma, toplumun inandığı olumsuz basmakalıp düşüncelerin psikiyatrik hastalığı olan kişiler tarafından benimsenmesidir. Ruhsal hastalığı olan bireyler kendilerinin ve diğer psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin tehlikeli, ne yapacağı belli olmayan, zayıf karakterli, kusurlu ve topluma hiçbir katkısı olmayan kişiler olduğuna inanmaktadırlar (Pearl ve ark., 2017: 1).

İçselleştirilmiş damgalanma ya da öz damgalanma; hastaların psikiyatrik yardım almaktan kaçınmalarına, sosyal geri çekilme yaşamalarına ve yabancılaştırmalarına; tedaviye uyumlarının, klinik seyrinin kötüleşmesine ve tedaviye olan umutlarının azalmasına sebep olmakta ve böylece psikolojik yardım arayışlarına engel olmaktadır (Çam ve Çuhadar, 2011: 137).

İçselleştirilmiş damgalanma, düşük benlik saygısı nedeniyle yaşam kalitesini öznel ve nesnel olarak etkilemekle birlikte psikotik semptomları artırarak ve sosyal işlevselliği azaltarak nesnel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Baysal, 2013: 246). Tayvan'daki şizofreni ve şizoaffectif bozukluğu olan 170 hasta ile yapılan bir çalışmada öz damgalanma düzeyi yüksek olan hasta bireylerin yaşam kalitesi ve tedaviye uyum puanlarının önemli derecede düşük olduğu belirtilmiştir (Lien ve ark., 2018: 27).

İçselleştirilmiş damgalanma düzeyindeki azalma; semptom şiddetindeki azalma, işlevsellikte ve yaşam kalitesinde iyileşme ile ilişkilidir. Tedavi ortamının tamamlayıcıları ve bilişsel davranışçı girişimler içselleştirilmiş damgalanmayı azaltmakla birlikte kamusal alana yayılarak sağlığın geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Pearl ve ark., 2017: 1).

1.8. Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesinin tanımında tam bir anlaşmaya varılamamasına rağmen en sık kullanılan tanımı DSÖ tarafından yapılmıştır (Silva ve ark., 2011: 92). DSÖ'ye göre yaşam kalitesi, *“kişinin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında; hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilişkili olarak yaşamdaki konumunu algılamalarıdır”*. Yaşam kalitesi kişinin bedensel sağlığını, psikolojik durumunu, bağımsızlık düzeyini, toplumsal ilişkilerini, kişisel inançlarını ve bunların çevre ile olan ilişkilerini içeren geniş kapsamlı bir kavramdır (WHOQOL Group, 1998).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda yaşam kalitesinin incelenmesine yönelik araştırmalar 1960'lı yıllarda hastane merkezli tedavi anlayışından toplum temelli tedavi anlayışına geçilmesi ile başlanmıştır (Soygür ve ark., 2007: 252). Literatürde gitgide değerli bir kavram haline gelen yaşam kalitesi; son yirmi yıldır şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastaların ilaç tedavisindeki başarı, rehabilitasyon programları ve terapötik müdahalelerin değerlendirilmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır (Dan ve ark., 2011: 185). Ancak yaşam kalitesinin hangi yönlerinin ele alınması ve nasıl değerlendirilmesi gerektiği konusunda henüz bir fikir birliği bulunmamaktadır.

Psikiyatrik hastalığı bulunan bireylerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için yaklaşık 56 ölçek geliştirilmiştir (Prigent ve ark., 2014: 7). Şizofreni hastalarındaki

yaşam kalitesini inceleyen çalışmalar, uygulanan ölçekler ve kullanılan yöntemler bakımından büyük ölçüde farklılık göstermektedir. Öznel yaşam kalitesi ölçeği ve nesnel yaşam kalitesi ölçeği bunlardan bazılarıdır (Dan ve ark., 2011: 185).

Çok sayıda çalışma, şizofreni ya da psikotik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini hem öznel hem de nesnel olmak üzere farklı bakış açılarından incelerken; DSÖ ise WHOQOL-BREF ile yaşam kalitesinin sadece öznel yönünü ele almıştır (Guan ve ark., 2016: 2; Narvaez ve ark., 2008: 203). WHOQOL-BREF fiziksel sağlık, psikolojik iyi oluş, çevre ve sosyal ilişkiler olmak üzere yaşam kalitesine ait değişkenleri dört alanda değerlendirmek için kullanılabilecek birkaç ölçekten biridir (WHOQOL Group, 1998)

Silva ve ark. tarafından (2011: 97) yetmiş dokuz hasta ile yapılan çalışmada; psikososyal bakım merkezindeki şizofrenik spektrum bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu ve bu durumun etnik köken, medeni durum, çalışma durumu, hastanın birlikte yaşadığı kişi, çocuk sahibi olma, evsiz olma, psikiyatri hastanesine yatış öyküsünün bulunması ve semptom tipi gibi faktörlerle ilişkili olduğu bulunmuştur.

Şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesini inceleyen karşılaştırmalı çalışmaların yapıldığı bir meta-analizde, şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesinin sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğu; yaş, erkek cinsiyet, hastalık süresi ve gelir düzeyinin yaşam kalitesi üzerinde önemli derecede etkisinin olduğu bulunmuştur (Dong ve ark., 2019: 530).

Hastalık şiddeti, hastalık süresi, uzun süreli yatarak tedavi ve ilaçlı tedavinin yan etkileri gibi faktörler şizofreni hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca mevcut psikiyatrik tanı, birlikte yaşanan kişi (yalnız, eş, akraba), hastalık ataklarının sayısı, gelir kaynağı, yaş ve klinik global izlenim puanı yaşam kalitesinin potansiyel öngörücülerindendir (Berghöfer ve ark., 2020: 2073).

Guedes de Pinho ve arkadaşlarının (2018: 202) şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesini incelediği çalışmada; iş sahibi olma, sosyal destekten duyulan memnuniyetin fazla olması ve son 5 yıl içinde yatış öyküsünün bulunmaması gibi etkenlerin şizofrenili bireylerdeki yaşam kalitesini olumlu bir şekilde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Ağır zihinsel ve psikiyatrik bozukluğu olup ayaktan tedavi hizmeti alan 953 hastanın yaşam

kalitesinin incelendiği çalışmada, bu hastaların genel popülasyona kıyasla yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Berghöfer ve ark., 2020: 2073).

Karow ve arkadaşlarının (2014: 186) yaptığı klinik araştırmada, *şizofreni hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesini iyileştirmenin belirtilerde düzelme ve işlevsel iyileşmede önemli bir belirleyici olarak tanımlanmıştır*. Şizofreni hastalarında olumlu bir uzun vadeli sonuç için; tedavi edilmemiş psikoz süresinin kısa ve hastalık öncesi işlevselliğin daha iyi olması, erken tedavi yanıtı, daha düşük düzeyde psikopatoloji veya hastalık şiddeti, tedavi başlangıcındaki günlük ve sosyal işlevselliğin daha iyi oluşu önemli öngörücüler olarak belirtilmiştir (Lambert ve ark., 2010: 9). Ancak ilaç tedavisine yüksek uyumsuzluk riski ve eşlik eden hastalıklar ile birlikte sonuç daha da kötüye gidebilmekte ve bu sorunlar düşük yaşam kalitesine sebep olmaktadır (Awad ve Voruganti, 2012: 186).

Şizofreni tedavisinde amaç, şizofreni belirti ve bulgularının azaltılması ve yinelemeleri önlemenin de ötesine giderek hastanın tam olarak iyileşmesine ve psikososyal rehabilitasyon hizmetleri ile yaşam kalitesinin artırılmasına doğru yönelmiştir (Silva ve ark., 2011: 98).

1.9. Psikotik Bozukluklarda Aile Desteği

Şizofreni ve psikotik bozukluğu bulunan erişkin hastaların önemli bir kısmı aileleri ile yaşamlarını sürdürmektedir. Bu nedenle hastalığın bütün yönlerini yaşayan yalnızca hastalar olmayıp, aynı zamanda ailesi ve yakın çevresi de bu durumlarla yüz yüzedir (Alptekin ve Atbaşoğlu, 2005: 54).

Aile, bireyin en önemli sosyal destek kaynaklarından biridir. Tel ve arkadaşlarının çalışmasında (2010: 104) '*sosyal desteğin, stres ve strese bağlı hastalıklarda sağlığı olumlu yönde etkisinin olduğu*' belirtilmektedir Ayrıca şizofreniye yatkınlık ve stres modelinde sosyal desteğin koruyucu faktör olarak başa çıkma becerilerini kolaylaştırdığı, sosyal ve çevresel stresörlerin olumsuz etkilerini hafiflettiği öne sürülmüştür (Vázquez Morejón, A.J., León Rubio ve Vázquez Morejón, R., 2018: 488).

Kronik psikiyatrik hastalıklar hasta bireylerde bilişsel yıkımla birlikte yeti yitimi, sosyal ve ekonomik kayıplara sebep olmakta, hastalar aile içinde ve toplumda

kendilerinden beklenen sorumlulukları yerine getiremedikleri için sürekli olarak aile desteği almak zorunda kalmaktadırlar (Saunders, 2003: 186). Bununla birlikte ailenin insanın ruhsal yapısının gelişiminde önemli bir dönüm noktası olduğu ve bazı aile ortamlarının psikiyatrik bozuklukların prognozunu değiştirdiği kabul edilmektedir (Vidal ve ark., 2008: 271).

Şizofreni tanılı bireylerde aile ortamı, psikopatoloji şiddetinin değerlendirilmesi bakımından dikkate alınması gereken faktörlerden biridir. Aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi ile ilgili yapılan çalışmada, aile içinde yaşanan çatışmaların şizofreni hastalığının seyrini olumsuz yönde etkilediği ve aile içi ilişkilerin düzenlenmesine ilişkin yapılan müdahalelerin ise hastalığın gidişini olumlu yönde etkileyerek hasta bireylerin yaşam kalitesine katkı sağladığı belirtilmiştir (Tüzer ve ark., 2003: 202).

TRSM’de tedavi görmekte olan şizofreni hastalarındaki sosyal destek, klinik ve işlevsel sonlanımın incelendiği çalışmada; sosyal ağın büyüklüğü, sosyal destek miktarı ve desteğin kalitesi global sosyal destek olarak tanımlanmıştır. Yapılan araştırmada, global sosyal destek ne kadar çok algılanırsa o kadar az sayıda hastalık nüksü ve hastaneye yatışın olduğu ve sosyal işlevsellikte iyileşmelerin görüldüğü bildirilmiştir (Vázquez Morejón ve ark., 2018: 494).

Malezya’daki hastanede tedavi görmekte olan şizofreni hastalarında sosyal destek, duygu dışavurumu ve tedavi uyumunun değerlendirildiği bir çalışmada aile içindeki psikoeğitim düzeyinin hastaların sosyal desteği konusunda çok önemli bir etken olduğu, komorbid madde kullanım bozukluğu olan şizofreni hastalarındaki sosyal desteğin yetersiz olduğu ve yüksek duygu dışavurumu ile ilgili olarak kadın ve erkek hastalar arasında herhangi bir farklılık bulunmadığı gösterilmiştir (Radeef ve ark., 2017: 184).

Yüksek duygu dışavurumu gösteren aileler şizofreni tanılı yakınlarına aşırı müdahaleci davrandıkları için hastalığın pozitif belirtilerinde ve yinleme sıklığında artış görülerek hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilemektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016: 238). Bu nedenle hastalığın yinelenmesini önlemeye yönelik olarak aile psikoeğitimi ve aile psikoterapisi çalışmaları ile duygu dışavurumu düzeyi azaltılarak destekleyici bir aile ortamı sağlanmaktadır. Ayrıca hasta bireylere ve ailelerine verilen

psikoeğitim programlarının tedaviye uyum ve yaşam kalitesi üzerine de olumlu etkileri bulunmaktadır (Chien ve ark., 2013: 1467).

1.10. Psikotik Bozukluklarda Tedaviye Uyum

Tedaviye uyum, DSÖ tarafından “*hastanın tıbbi talimatları yerine getirme derecesi*” şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 2003: 3). Kontrol muayenelerine düzenli gelme, tedavi programını tamamlama, ilaçları düzenli olarak kullanma ve tavsiye edilen davranış değişikliklerini yerine getirme tedaviye uyumun gerekliliklerindendir. İlacın hekim tarafından önerilen dozda kullanılmaması, reçete edilmeyen ilaçların kullanılması, ilacın kullanım saatlerine uyulmaması ya da tedavinin erken kesilmesi nedeni ile tedaviye uyumsuzluk ortaya çıkabilir (Demirkol ve Tamam, 2016: 85).

Psikotik bozukluğu olan hastalarda tedavi uyumsuzluğunun nedenleri arasında; ilaç kullanımına yönelik tutum, içselleştirilmiş damgalanma, içgörünün az olması, antipsikotik kullanımına bağlı ortaya çıkan yan etkiler, sosyal desteğin yetersiz olması, ailenin duygu dışavurumunun yüksek olması, hastanın ve yakın çevresinin ruhsal hastalığa ve ilaç tedavisine karşı tutumu, kültürel inançlar ve tedavi konusunda görülen baskı gibi faktörler önemli rol oynamaktadır (Dikeç ve Kutlu, 2015: 41; Öztürk ve Uluşahin, 2016: 233).

Uzun süreli antipsikotik kullanımında tedaviye uyumsuzluk oranı artmaktadır. Tedavi uyumunu artırmak için oral ilaçların yerine uzun etkili antipsikotikler kullanılmaktadır. Uzun etkili enjeksiyonlara başlanıldığı zaman plazmada zirve değere ulaşılabilmesi için tedaviye oral antipsikotikler eklenmektedir (Sadock ve Ruiz, 2015: 319). İspanya’da retrospektif, prospektif ve gözlemsel olarak yürütülen bir araştırmada, eski çalışmalara paralel şekilde depo antipsikotiklerle tedavi edilen hastaların oral antipsikotiklerle tedavi edilen hastalara göre tedaviye daha uyumlu oldukları saptanmıştır (Gutierrez-Casares ve ark., 2010: 328).

Koç’un (2006: 36) kronik psikoz tanısı alan hastalar ile yapmış olduğu çalışmada hastaların %74’ ünün ilaç tedavisine uyum sorunu yaşadığı belirtilmiştir. Ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerde tedavi uyumunu artırmak amacıyla; bilişsel davranışçı tedavi, psikoeğitim, sosyal beceri programları ve ailelere yönelik girişimler gibi psikososyal programlar uygulanmaktadır (Addington ve ark., 2010: 261). Pakistan’da yüksek gelirli popülasyondaki ailenin denetleyici tedavi programında bulunduğu

randomize kontrollü bir çalışmada ise ilacı hastaya verme ve ilacın alınıp alınmadığını denetlemek için bakım sorumlusu olarak aile üyelerinin tedaviye dâhil edilmesinin, şizofreni hastalarının bir yıllık takip boyunca ilaç uyumunu ve genel işlevselliğini önemli ölçüde artırdığını göstermektedir (Farooq ve ark., 2011: 471).

1.11. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Toplum ruh sağlığı modelinin hedefi, ağır psikotik zıkkılığı bulunan hastaların takip ve tedavilerinin geleneksel hastaneler yerine ikamet ettiğı çevrede sağlanmasıdır. Bu modelde psikiyatrik tanı almış olan hastaların hastaneye yatışının önüne geçilmesi ve hastaların bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürebilecek seviyeye gelmesi hedeflenmektedir. Bu amaçla toplum temelli ruh sağlığı modeli bağlamında hastane tedavisine alternatif hizmet sunan TRSM'ler, genel hastaneler içindeki psikiyatri servisleri, gündüz hastaneleri, korumalı işyerleri, bakım kurumları, koruyucu evler gibi kurumlar bulunmaktadır (Yanık, 2007).

Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezinde çok boyutlu psikososyal girişimlerin birlikte uygulandığı bir programın uzun dönem etkilerinin izlendiğı çalışmada; programa katılan şizofreni hastalarında içgörü düzeyinin ve ilaç uyumunun arttığı, hastaneye yatış sıklığı ve klinik belirti şiddetinin azaldığı, sosyal işlevsellik ile birlikte günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmede ve yaşam niteliğinde artış olduğu belirtilmiştir (Arslan ve ark., 2015: 245).

Kronik psikiyatrik bozukluğu olup hastaneye yatış sıklığı fazla ve uzun süre hastanede tedavi gören hastalar toplum ruh sağlığı modelinin hedef kitlesini oluşturmaktadır (Alataş, Kahiloğulları ve Yanık, 2011: 27). TRSM'lerde verilen RUTBE ile şizofreni ve psikotik bozukluk tanısını almış olan hastaların bilişsel yetersizliklerinin üstesinden gelmesi, hastalık özyönetimini öğrenmesi, ruhsal güçlenmesinin sağlanması ve toplumsal becerilerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir (Yıldız, 2019: 9). Ruhsal toplumsal tedavi girişimlerinin hastalık belirtileri, ilaç tedavisine uyum, yeniden hastane yatışları, yaşam kalitesi, toplumsal biliş ve toplumsal işlevsellik üzerinde olumlu etkisi olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Menon ve ark., 2017: 159; Yıldız ve ark., 2019: 141).

Şizofreninin ruhsal toplumsal tedavisinde kullanılan sosyal beceri eğitiminin etkisinin incelendiğı bir çalışmada, eğitim programının hastaların ilaç tedavisine

uyumunu ve tedavi etkinliğini artırdığı saptanmıştır (Yıldız ve ark., 2002: 46). Almerie ve arkadaşlarının (2015: 4) yapmış olduğu bir derlemede ise sosyal beceri eğitiminin şizofrenili bireylerin sosyal becerilerini geliştirdiği ve hastalık nüks oranını azalttığı gösterilmekle birlikte, bu tür çalışmaların randomize kontrollü çok merkezli bir şekilde yapılması gerektiği belirtilmiştir.

Tedaviye RUTBE'nin eklendiği ve sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada, TRSM'ye kayıtlı şizofreni hastalarının depresyon düzeylerinde, ilaç uyumlarında, psikopatolojilerinde, içgörülerinde, işlevselliklerinde ve yaşam kalitelerinde önemli derecede düzelme olduğu görülmüştür (Söğütlü ve ark., 2017: 126).

1.11.1. Dünya’da Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Alataş, Kahiloğulları ve Yanık'ın (2011: 21) belirttiği üzere *“Dünya’da ruh sağlığı alanında hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli olmak üzere üç farklı hizmet modeli”* bulunmaktadır. Hastane temelli model; hastalıktan korunmada ve tedavi sonrası iyilik döneminin sürdürülmesinde yetersiz kaldığı ve ayrıca insan hakları ihlallerine neden olduğu için gelişmiş ülkeler tarafından 1960’lı yıllardan itibaren terk edilmeye başlanmıştır (Alataş ve ark., 2009: 26).

1963 Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Yasası, hem devlet içindeki ruh sağlığı politikalarında hem de Amerikan Psikiyatri tarihinde dönüm noktalarından biri olarak kabul edilmiştir (Bilir, 2018: 566). 1963 yılında ABD’de TRSM’lerin kurulmasının ardından toplum ruh sağlığı çalışmaları ivme kazanmıştır. Karasu ve Yelken’in (2013: 95) çalışmasında da belirtildiği gibi *“ABD’yi İtalya ve İngiltere izleyerek İsveç ve Finlandiya olmak üzere İskandinav ülkeleri, sonrasında ise Hollanda, Almanya ve Fransa toplum temelli ruh sağlığı çalışmalarıyla ruh sağlığı alanındaki reformlara dâhil olmuşlardır”*.

İtalya’da 1978 yılında kabul edilen Basaglia Yasası ile kademeli olarak kapatılan psikiyatri hastanelerinin yerine genel hastaneler bünyesinde akut durumlara yönelik hizmet veren en fazla 15 yataklı psikiyatri kliniklerinin açılması planlara dâhil edilerek, coğrafi olarak tanımlanmış bölgelere TRSM’lerin kurulmasına zemin hazırlanmış ve ruhsal sorunları olan hastaların hastanelere yatırılmasının önüne geçilmesine yönelik önlemler alınmıştır (De Girolamo ve ark., 2007: 83). İtalya’daki ruh sağlığı sistemi

tamamen toplum temelli ruh sağlığı hizmetine dayalı iken İngiltere ve Almanya'daki bu sistem ise hastane temelli model ile toplum temelli modelin birlikte dengeli bir şekilde uygulanmasına dayanmaktadır (Yanık, 2007).

1.11.2. Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Ülkemizde toplum temelli modele geçiş, Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında Ruh Sağlığı Politika Metninde tavsiye edilerek bu politikada hastane temelli modelden, toplum temelli modele geçme konusunda karar alınmıştır. Nisan 2009'da Sağlık Bakanlığı tarafından TRSM açma kararının alınmasıyla Şubat 2011'de pilot çalışmalarının sonuçları değerlendirilip yönerge yayımlanmış ve uygulanmaya başlanmıştır. Ülkemizdeki sosyoekonomik şartlar ve insan kaynaklarındaki yetersizlikler dikkate alındığında toplum-hastane denge modelinin uygulanması öngörölmüş ve bu model günümüze kadar kullanılmaya devam etmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Türkiye'de toplum ruh sağlığı hizmetinin sunumunda, ilk olarak Mayıs 2008'de *Bolu Ruh Sağlığı Hastanesi'ne bağlı Bolu TRSM* açılmıştır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinde, 100.000 nüfusluk coğrafı bir alanda kurulan TRSM'lerde, multidisipliner yaklaşımla çalışan toplum ruh sağlığı ekibi tarafından bu bölgede yaşayan özellikle ağır psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin, yaşadıkları ortamlara gerekli durumlarda mobil ekipler eşliğinde ev ziyaretleri düzenlenerek takip, tedavi ve uyumlandırmalarının sağlanarak topluma tekrar kazandırılması hedeflenmektedir (Yanık, 2007: 9; Ensari ve ark., 2013: 108).

BÖLÜM 2: GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel türde yapıldı.

2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma verileri, İstanbul’da bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesine bağlı TRSM’lerden birine kayıtlı psikotik bozukluk tanılı ve araştırmaya katılmayı kabul eden hasta bireylerden 8 Ekim 2020 – 18 Ocak 2021 tarihleri arasında elde edildi.

Hastane, psikiyatrik ve nörolojik hastalığı olan bireylere 1977 yılında hizmet vermeye başlamıştır. Hastaneye bağlı Sancaktepe, Çekmeköy, Ümraniye, Kadıköy ve Üsküdar ilçelerinde olmak üzere psikotik bozukluk ve duygudurum bozukluğu olan hastalara psikososyal rehabilitasyon hizmeti veren, ayaktan takip ve tedavilerin yapıldığı toplamda beş TRSM bulunmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı Çekmeköy TRSM’de bir psikiyatrist sorumlu hekim olarak çalışmakta olup; üç hemşire, bir psikolog, bir iş-üçraşı terapisti, bir sosyal çalışmacı, bir sekreter, bir güvenlik görevlisi, bir temizlik ve destek personeli, halk eğitim merkezlerinden gelen bir ahşap boyama öğretmeni, bir el sanatları öğretmeni, bir resim öğretmeni ve bir müzik öğretmeni görev yapmaktadır. TRSM’de bireysel terapi, psikoeğitim, ruhsal toplumsal beceri eğitimi ve üst biliş eğitimi verilmektedir. TRSM’ye kaydı yapılan hastalar merkezdeki ruh sağlığı çalışanları tarafından değerlendirildikten sonra hastalara uygulanacak programa karar verilmektedir.

Çekmeköy TRSM’de günaydın toplantısı, okuma-yazma atölyesi, mutfak atölyesi, sinematerapi ve edebiyat atölyesi olmak üzere çeşitli etkinlik programları bulunmaktadır. Programlar bir plan doğrultusunda haftanın belirli günlerinde, kurumda çalışan psikolog, hemşire ve iş-üçraşı terapisti tarafından uygulanmaktadır. Merkezde uygulanan rehabilitasyon programına katılamayan, katılma engeli olan ve uzun süredir TRSM’ye gelemeyen hastalara ev ziyaretleri yapılarak hastaların genel sağlık durumu, aileleri ile olan ilişkileri ve yaşadıkları yerin genel durumu değerlendirilmektedir. Çekmeköy’e ait nüfus 2020 yılı verilerine göre 273.658 olup, orta gelir düzeyine sahip ve kısmen muhafazakâr insanların yaşadığı bir bölgedir.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini *İstanbul'da bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesine bağlı olan Çekmeköy TRSM'ye* kayıtlı, *DSM-5'e* göre şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar kategorisinde yer alan; şizofreni, sanrılı bozukluk ve şizoaffektif bozukluk tanısına sahip 290 hastanın tamamı oluşturdu. 255 hasta dâhil edilme kriterlerini sağladı. TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanısı olan 10 hastanın 65 yaş üstü olması, beş hastada bilişsel yıkımın başlaması, altı hastanın akut alevlenme döneminde olması, 10 hastada mental retardasyon ve dört hastada nörolojik hastalığın olması sebebi ile çalışmaya dâhil edilemedi. Araştırmanın yapıldığı dönemde, telefon görüşmelerinde 14 hastaya ulaşamadı. Ulaşılan hastalardan 136'sının Covid-19 enfeksiyonuna yakalanma endişesi ile çalışmaya katılmayı kabul etmemesi üzerine, çalışmaya katılmayı sözlü ve yazılı olarak kabul eden 105 hasta ile araştırma tamamlandı.

2.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş arasında olma
- DSM-5'e göre psikotik bozukluk tanısının olması

2.3.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

- Psikotik alevlenme döneminde olma
- Ağır nörolojik hastalığın olması (demans, epilepsi vb.)
- Alkol-madde kullanım bozukluğu ya da bağımlılık öyküsünün bulunması
- Verilen yönerge ve ölçekleri anlayamayacak derecede mental retardasyonun olması

2.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: TRSM programına düzenli katılım sıklığı

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Cinsiyet, yaş, hastanın eğitim düzeyi, medeni durumu, meslek, çalışma durumu, gelir düzeyi, sigara-alkol-madde kullanım durumu, sosyal güvence durumu, hastalık süresi, hastalığın başlangıç yaşı, ilaç kullanım süresi, hastalığın şiddeti, tanısı, psikiyatri kliniğine yatış öyküsü, psikiyatri kliniğine

yatış sayısı ve hastanede yatış süresi, TRSM'deki hizmetten memnuniyet düzeyi, TRSM'ye katılımın birlikte yaşanılan bireyler tarafından desteklenme durumu.

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Sosyodemografik Bilgi Formu, TRSM'ye Kayıtlı Hastaların Klinik Özellikler ve TRSM'ye İlişkin Görüşler Formu, *Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ)*, *Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)*, *Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF TR)* ve *Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGIÖ)* olmak üzere altı ayrı form kullanılarak toplandı.

2.5.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, alkol-madde-sigara kullanımı, sosyal güvence durumu gibi bireysel özelliklere ait bilgilere ulaşmak amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış 12 sorudan oluşmaktadır (Luo ve ark., 2018: 4; Moreno-Küstner ve ark., 2011: 4).

2.5.2. TRSM'ye Kayıtlı Hastaların Klinik Özellikler ve TRSM'ye İlişkin Görüşler Formu

Hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, ilaç kullanım süresi, TRSM programına katılım sıklığı, TRSM'den memnuniyet düzeyi ve TRSM'ye devam etmesinde etkili olan faktörler gibi hastaların TRSM programlarına katılım durumunu belirlemek amacıyla literatür incelemeleri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiş sorulardan oluşmaktadır (Moreno-Küstner ve ark., 2011: 4; Ertekin Pınar ve Sabancıoğulları, 2019: 3).

2.5.3. Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği (TTUOÖ)

Thompson ve arkadaşları tarafından (2000: 241), Morisky Uyum Anketi ve İlaç Tutum Envanteri (Drug Attitude Inventory-DAI) birleştirilerek TTUOÖ geliştirilmiştir. Koç (2006: 33) tarafından, ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. Ölçek, hastanın son bir hafta içindeki tedaviye uyum davranışlarını ve tutumunu değerlendirmektedir. *Evet/hayır şeklinde cevap verilerek oluşan 10 soruluk ankette; 1-6 ve 9-10 numaralı sorular için 'hayır' cevabı, 7-8 arası sorular için 'evet' cevabı tedaviye uyumu göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamakla birlikte ölçekten alınan düşük puan tedaviye uyumsuzluğun zayıf, yüksek puanlar ise tedaviye uyumun yüksek*

olduğunu göstermektedir. Koç'un (2006: 33) çalışmasında 1-7 arasında puan alanların tedaviye uyum oranlarının düşük, 8-10 arasında alanların ise tedavi uyumlarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Türkçeye uyarlanan ölçeğin, test re-test güvenilirlik Cronbach alfa katsayısı 0.92 bulunmuştur (Koç, 2006).

2.5.4. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği (RHİDÖ)

Ritsher ve ark. (2003: 31) tarafından geliştirilen, Ersoy ve Varan (2007: 165) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan RHİDÖ 29 maddeden oluşmaktadır. Ruhsal hastalıklarda içsel damgalanmayı değerlendiren öz-bildirim ölçeğinin “yabancılaşma” (6 madde), “kalp yargıların onaylanması” (7 madde), “algılanan ayrımcılık” (5 madde), “sosyal geri çekilme” (6 madde) ve “damgalanmaya karşı direnç” (5 madde) olmak üzere beş alt ölçeği bulunmaktadır (Ersoy ve Varan, 2007: 165).

RHİDÖ’de yer alan maddeler “kesinlikle aynı fikirde değilim” (1 puan), “aynı fikirde değilim” (2 puan), “aynı fikirdeyim” (3 puan), “kesinlikle aynı fikirdeyim” (4 puan) şeklinde dördü bir likert tipi ölçek üzerinde yanıtlanmakta ve “damgalanmaya karşı direnç” alt ölçeğinin maddeleri ters olarak puanlanmaktadır. Alt ölçeklere ait puanların toplanmasıyla elde edilen toplam RHİDÖ puanı 29 ile 116 puan arasında değişmektedir. RHİDÖ’den alınan yüksek puanlar, algılanan damgalanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. RHİDÖ’nün Cronbach alfa katsayısı tüm ölçek için 0.93 bulunmuştur (Ersoy ve Varan, 2007: 165).

2.5.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF TR)

DSÖ tarafından geliştirilen sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeğinin, Eser ve arkadaşları (1999: 23) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-27) olmak üzere iki formu vardır. “Bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini” değerlendiren bu ölçek 26 sorudan oluşmaktadır. Ölçek, hasta bireylere ve sağlıklı yetişkinlere uygulanabilmektedir. Ölçeğin Türkiye’ye uyarlanan sürümünde Çevre-TR alan skoru kullanılır. Alt ölçeklerin her biri, birbirinden bağımsız olarak kendi alanındaki yaşam kalitesini ifade etmekte ve alan puanları 4-20 arasında hesaplanmaktadır. Puanın artması, yaşam kalitesinin arttığını göstermektedir. Bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyutların Cronbach

alfa katsayıları sırasıyla 0.83, 0.66, 0.53 ve 0,73 olarak belirlenmiştir (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

2.5.6. Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ)

KGİÖ, Guy ve arkadaşları (1976: 125) tarafından klinik araştırma amacıyla her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların prognozunu değerlendirmek için geliştirilmiştir. Bir hastanın, tedaviye başlamadan önce ve başladıktan sonra klinisyenin hastanın işlevselliği hakkındaki izlenimini kaydetmesi için yapılan üç boyutlu bir ölçektir.

Ölçeğin ilk boyutunda '*hastalığın şiddeti*', ikinci boyutunda '*iyileşme*', üçüncü boyutunda ise '*ilaç yan etkisinin şiddeti*' değerlendirilmektedir. Bu çalışmada sadece hastalık şiddeti alt ölçeği kullanılmıştır. *Psikiyatrik bozukluğu olan kişi, ölçeğin doldurulduğu andaki rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirilmektedir. Puanlama; "1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırda, 3=Hafif derecede hasta, 4=Orta derecede hasta, 5=Belirgin derecede hasta, 6=Şiddetli derecede hasta, 7=En ağır derecede hasta" olarak yapılmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması hastalık belirtilerinin şiddetli olduğunu göstermektedir (Busner ve Targum, 2007: 30).*

2.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veriler, araştırmacı tarafından izin alınan kurumda psikiyatrik tedavi alan bireylere kurumun içerisinde ulaşılarak elde edildi. Araştırmaya başlanmadan önce ölçeklerin çalışma grubuna uyumluluğunu test etmek amacıyla 10 hastaya uygulanarak pilot çalışma yapıldı ve herhangi bir değişikliğe ihtiyaç duyulmadı. TRSM'ye kayıtlı hastaların tanılarına ait verilere, hasta dosyaları gözden geçirilerek ulaşıldı. Araştırmanın dâhil edilme ölçütlerini karşılayan kişiler, araştırmacı tarafından telefon ile aranarak araştırmanın amacı açıklandı ve çalışmaya katılım için davet edildi. Bilgilendirme sonrası araştırmayı kabul eden ve tedavi hizmeti alan bireylerden gönüllü olanlar araştırmaya dâhil edildi. Bu araştırmada anket ve ölçekler, yüz yüze görüşme ile araştırmanın yürütücüsü tarafından hasta bireylere uygulandı. Bu çalışmada, TRSM'ye düzenli katılım kriteri olarak haftada en az üç gün TRSM programına katılma esas alındı.

2.7. Verilerin Analizi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında SPSS 22.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu *Kolmogorov-Smirnov* ve *Shapiro-Wilk testleri* kullanılarak histogram ve olasılık grafikleri ile incelendi. İkili sürekli değişkenlerin analizi için *Student t testi*, kategorik değişkenler için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Yapılan tüm analizler için $\alpha < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

2.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma yapılmaya başlanmadan önce *İstanbul Kent Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırma Yayın Etiği Kurulu*'ndan 2020-02 sayılı karar ile 23/03/2020 tarihinde etik kurul onayı, çalışmanın ilgili TRSM'de yapılması için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden 32900231-929-932 sayılı yazılı karar ile 07/08/2020 tarihinde kurum izni alınıp, daha sonra hastalardan ve vasilerinden Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-1) ile yazılı onamları alınarak çalışma yapıldı. Ayrıca, ölçeklerin araştırmada kullanılması amacıyla Türkçe 'ye uyarlamasını yapan kişilerden e-posta yolu ile ölçek izni alındı.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Covid-19 salgını döneminde yürütülen bu çalışmada enfeksiyon riski sebebi ile hastaların TRSM'ye gelmekten çekinmesi ve bu durumun çalışmaya katılım sayısını önemli derecede etkilemesi,
- Covid 19 salgını nedeni ile özellikle salgının ilk dönemlerinde TRSM hizmetlerinin aksaması ve buna bağlı olarak hastaların TRSM programına katılım sıklığının azalması,
- Bu çalışmanın İstanbul'daki tek bir TRSM'de yapılmış olması nedeniyle araştırma bulgularının genellenememesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

BÖLÜM 3: BULGULAR

TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Tablo. 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	39	37.1
	Erkek	66	62.9
Medeni Durum	Evli	32	30.5
	Bekâr	62	59.0
	Boşanmış	11	10.5
Yaş	18-29 yaş	16	15.2
	30-42 yaş	43	41.0
	43-55 yaş	37	35.2
	56 yaş ve üstü	9	8.6
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	4	3.8
	İlköğretim	52	49.5
	Lise	32	30.5
	Ön lisans ve üstü	17	15.2
Sosyal Güvence	Var	96	91.4
	Yok	9	8.6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	13	12.4
	Çalışmıyor	92	87.6
Gelir Durumu	Gelir giderden az	14	13.3
	Gelir gidere eşit	70	66.7
	Gelir giderden fazla	21	20.0
Birlikte Yaşanılan Kişi	Anne-baba	56	53.3
	Eşi ve çocuğu	30	28.6
	Akraba/ geniş aile	13	12.4
	Yalnız	6	5.7
TRSM'ye Gelme Sıklığı	Haftada en az üç gün	40	38.1
	Haftada bir-iki gün	2	1.9
	Ayda bir kez	50	47.6
	Üç ayda bir	13	12.4
TRSM'ye Düzenli Gelme Süresi	Hiç	65	61.9
	1 yıl ve altı	7	6.7
	1-2 yıl	7	6.7
	2 yıldan fazla	26	24.8

TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluğu olan hastaların sosyodemografik özelliklerine ait bilgiler Tablo 1'de belirtildi. Hastaların %62.9'u erkek ve %37.1'i kadın olup toplam 105 kişi çalışmaya katıldı. Hastaların %59.0'ının bekâr, %49.5'inin ilköğretim mezunu olduğu, %87.6'sının çalışmadığı ve %91.4'ünün sosyal güvencesinin olduğu saptandı. Geliri giderine eşit olanların %66.7 oranında olup, %53.3'ünün anne-babası ile yaşadığı ve TRSM'ye kayıtlı hastaların %38.1'inin TRSM programına düzenli olarak katılırken %47.6'sının ayda bir kez poliklinik muayenesi için TRSM'ye geldiği tespit edildi.

Tablo. 2: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre TRSM Programına Katılım Durumunun Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	TRSM programına düzenli katılan hasta grubu (n: 40)		TRSM programına düzenli katılmayan hasta grubu (n: 65)		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
<u>Cinsiyet</u>					0.043
Kadın	10	25.0	29	44.6	
Erkek	30	75.0	36	55.4	
<u>Yaş</u>					0.483
18- 29 yaş	5	12.5	11	16.9	
30-42 yaş	14	35.0	29	44.6	
43-55 yaş	16	40.0	21	32.3	
56 yaş ve üstü	5	12.5	4	6.2	
<u>Medeni Durumu</u>					0.370
Bekâr	26	65.0	36	55.4	
Evli	9	22.5	23	35.4	
Boşanmış/Dul	5	12.5	6	9.2	
<u>Eğitim Durumu</u>					0.932
Okur-yazar değil	1	2.5	3	4.6	
İlköğretim	20	50.0	32	49.2	
Lise	13	32.5	19	29.2	
Ön lisans, Lisans ve Lisansüstü	6	15.0	11	17.0	
<u>Çalışma Durumu</u>					0.072
Çalışıyor	2	5.0	11	16.9	
Çalışmıyor	38	95.0	54	83.1	
<u>Gelir Durumu</u>					0.026
Gelir giderden az	9	22.5	5	7.7	
Gelir gidere eşit	27	67.5	43	66.2	
Gelir giderden fazla	4	10.0	17	26.1	

<u>Sosyal Güvence</u>					
Var	40	100.0	56	86.2	0.014
Yok	0	0.0	9	13.8	
<u>Birlikte Yaşadığı Kişi</u>					
Aile (anne-baba, çekirdek ve geniş aile)	32	80.0	56	86.2	0.115
Akraba	7	17.5	4	6.2	
Yalnız	1	2.5	5	7.6	
<u>Sigara Kullanımı</u>					
Kullanmıyor	14	35.0	29	44.6	0.439
1-20 adet/gün	17	42.5	27	41.5	
21 adet/gün ve üzeri	9	22.5	9	13.9	
<u>Alkol Kullanımı</u>					
Var	6	15.0	8	12.3	0.693
Yok	34	85.0	57	87.7	
<u>Madde Kullanımı</u>					
Var	5	12.5	7	10.8	0.787
Yok	35	87.5	58	89.2	

*ki-kare testi, $p<0.05$

Hastaların TRSM programına katılım durumlarının sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel olarak farklılaşıp farklılaşmadığı Tablo 2’de incelendi. TRSM programına katılım durumu ile cinsiyet değişkeni karşılaştırıldığında TRSM’ye düzenli katılanların %75.0’ı, düzenli katılmayan grubun ise %55.4’ü erkek olup, bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p<0.05$). TRSM programına düzenli katılan hastaların %67.5’inin, düzensiz katılan grubun ise %66.2’sinin gelirinin giderine eşit olduğu; TRSM’ye düzenli katılanların %100’ünün, düzensiz katılanların ise %86.2’sinin sosyal güvencesi olup bu durum istatistiksel anlamlı farklılık oluşturmaktadır ($p<0.05$). Araştırmaya dâhil edilen hastaların ‘medeni durumu’, ‘yaşı’, ‘eğitim ve çalışma durumu’, ‘birlikte yaşanan kişi’, ‘sigara, alkol ve madde kullanımı’ değişkenleri ile TRSM’ye düzenli katılım sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo. 3: Hastaların Klinik Özelliklerine Göre TRSM Programına Katılım Durumunun Karşılaştırılması

Klinik Özellikleri	TRSM programına düzenli katılan hasta grubu (n: 40)		TRSM programına düzenli katılmayan hasta grubu (n: 65)		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
<u>Hastalık başlangıç yaşı</u>					
14-24 yaş	22	55.0	32	49.2	0.139
25-35 yaş	16	40.0	21	32.3	
36 yaş ve üstü	2	5.0	12	18.5	
<u>Hastalık süresi</u>					
1-5 yıl	3	7.5	17	26.2	0.004
6-10 yıl	3	7.5	16	24.6	
11-15 yıl	10	25.0	9	13.8	
16 yıl ve üstü	24	60.0	23	35.4	
<u>Hastaneye yatış sayısı</u>					
Yatış öyküsü yok	3	7.5	18	27.7	0.001
1 kez	7	17.5	24	36.9	
2 kez	11	27.5	7	10.8	
3 kez ve üzeri	19	47.5	16	24.6	
<u>Hastaneye son yatış tarihi</u>					
Hiç	3	7.5	18	27.7	0.026
1 yıl öncesi ve altı	4	10.0	12	18.5	
2-5 yıl önce	14	35.0	18	27.7	
6-9 yıl önce	10	25.0	6	9.2	
10 yıl öncesi ve üstü	9	22.5	11	16.9	
<u>Hastanede yatış süresi</u>					
0 gün	3	7.5	18	27.7	0.086
1-7 gün	5	12.5	5	7.7	
8-21 gün	15	37.5	18	27.7	
22 gün ve daha fazla	17	42.5	24	36.9	
<u>İlaç kullanımı</u>					
1-5 yıl	4	10.0	19	29.2	0.003
6-10 yıl	3	7.5	16	24.6	
11-15 yıl	11	27.5	10	15.4	
16 yıl ve üstü	22	55.0	20	30.8	
<u>Hastanın birlikte yaşadığı kişinin TRSM'ye katılımı destekleme durumu</u>					
Destekliyor	39	97.5	50	76.9	0.004
Desteklemiyor	1	2.5	15	23.1	

<u>Tedavi ile ilgilenen kişi</u>					
Kendi	22	55.0	34	52.3	0.869
Anne-baba	10	25.0	14	21.5	
Kardeş	4	10.0	7	10.8	
Eş, çocuk	4	10.0	10	15.4	
<u>TRSM'den memnuniyet düzeyi</u>					
Memnun	23	57.5	41	63.1	0.569
Çok memnun	17	42.5	24	36.9	

*ki-kare testi, $p<0.05$

Hastaların TRSM programına katılım durumunun klinik özellikler açısından istatistiksel olarak farklılaşıp farklılaşmadığı Tablo 3'te incelendi. TRSM'ye düzenli katılan hastaların %60.0'ı ile düzensiz katılanların %35.4'ünün 16 yıldan fazla süredir hastalık öyküsü bulunup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). TRSM'ye düzensiz katılan hastaların %36.9'unun toplamda bir kez psikiyatri hastanesine yatışı bulunmakla birlikte, TRSM programına düzenli katılanların %47.5'inin üç ve üçten daha fazla kez hastaneye yatışının olduğu ve bu durumun istatistiksel anlamlı farklılık oluşturduğu bulundu ($p<0.05$).

TRSM programına katılım durumu ile ilaç kullanım süresi değişkeni karşılaştırıldığında, TRSM'ye düzenli katılanların %55'i ile düzensiz katılanların %30.8'inin 16 yıldan fazla psikiyatrik ilaç kullanımının olduğu ve bu farkın istatistiksel anlamlılık oluşturduğu saptandı ($p<0.05$). TRSM'ye düzenli katılan hastaların %35.0'mının ve düzensiz katılanların %27.7'sinin 2-5 yıl önce hastaneye yatışının olduğu ve TRSM'ye düzenli katılan hastaların ise %97.5'inin birlikte yaşadığı kişiler tarafından TRSM programına katılımının desteklendiği görüldü ve bu durumun istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo. 4: Hastaların TRSM Programına Düzenli Katılımında Etkili Olan TRSM'ye Ait Faktörler

Hastaların düzenli gelmesinde etkili olan faktörler	TRSM programına düzenli katılan hasta grubu (n: 40)	
	Sayı	%
TRSM çalışanlarının güler yüzlü olması	40	100.0
Danışmana (psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı) kolaylıkla ulaşabilme	38	95.0
TRSM'de ferah ve huzur verici bir ortamın bulunması	37	92.5
Psikiyatriste rahatlıkla ulaşabilme	37	92.5
Danışmanımın sorunlarımı her daim ilgiyle dinlemesi	34	85.0
TRSM'nin eve yakın olması	31	77.5
Benzer hastalığı olan bireylerle bir arada bulunma	31	77.5
Ücretsiz çay ve yemek hizmetinin sunulması	29	72.5
Sosyal etkinliklerin düzenlenmesi (tiyatro, müze gezileri vb.)	29	72.5
Resim, müzik, ahşap boyama, seramik ve el sanatları gibi alanlarda kurs verilmesi	27	67.5
<u>Diğer</u> İyileşmeye katkı sağlaması ve hastalık süreci ile etkili baş etmek için	7	17.5

TRSM programına düzenli katılan hastalara TRSM'ye gelmelerinde etkili olan faktörler sorulduğunda sırasıyla TRSM çalışanlarının güler yüzlü olması (%100.0), danışmana kolaylıkla ulaşabilme (%95.0), psikiyatriste rahatlıkla ulaşabilme (%92.5) ve TRSM ortamının ferah/huzur verici olması (%92.5) faktörlerinin etkili olduğu saptandı. Ayrıca bunu %85.0 oranı ile danışmanın sorunları ilgiyle dinlemesi, %77.5 oranı ile benzer hastalığı olan bireylerle bir arada vakit geçirme ve %72.5 oranı ile ücretsiz çay ve yemek hizmetinin sunulması etkeninin takip ettiği saptandı (Tablo 4).

Tablo. 5: Hastaların TRSM Programına Düzenli Katılım Sıklığına Göre RHİDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

RHİDÖ Toplam ve Alt Boyutlar	Düzenli katılan hasta grubu $\bar{X} \pm SS$	Düzenli katılmayan hasta grubu $\bar{X} \pm SS$	p^{**}
<i>Yabancılaşma</i>	13.97±2.79	13.73±2.16	0.628
<i>Kalıp yargıların onaylanması</i>	15.25±2.52	15.52±2.68	0.606
<i>Algılanan ayrımcılık</i>	11.87±2.51	11.56±1.85	0.508
<i>Sosyal geri çekilme</i>	14.27±2.69	13.78±2.19	0.312
<i>Damgalanmaya karşı direnç</i>	13.15±1.77	13.44±1.45	0.355
<i>RHİDÖ Toplam</i>	68.52±9.13	68.06±7.65	0.780

***Student t testi, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $p < 0.05$*

Hastaların RHİDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile ilgili bilgiler Tablo 5'te yer almaktadır. TRSM'ye düzenli katılan hasta grubunun sosyal geri çekilme alt boyut puan ortalamasının, düzensiz katılan hastaların puan ortalamasından görece olarak yüksek olduğu ancak bu durumun istatistiksel bir anlamlılık oluşturmadığı saptandı ($p > 0.05$). Hastaların 'yabancılaşma', 'kalıp yargıların onaylanması' ve 'algılanan ayrımcılık', 'damgalanmaya karşı direnç' alt boyutu ve RHİDÖ toplam ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0.05$).

Tablo. 6: Hastaların TRSM Programına Düzenli Katılım Sıklığına Göre WHOQOL-BREF TR Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

WHOQOL- BREF TR Toplam ve Alt Boyutlar	Düzenli katılan hasta grubu $\bar{X} \pm SS$	Düzenli katılmayan hasta grubu $\bar{X} \pm SS$	p^{**}
Genel sağlık durumu	6.52±1.48	6.73±1.61	0.499
Fiziksel	22.42±3.10	24.66±3.64	0.002
Ruhsal	18.57±3.46	19.63±4.13	0.180
Sosyal	8.80±5.36	8.10±2.57	0.376
Çevre	26.87±3.20	28.32±3.60	0.040
WHOQOL-BREF TR Toplam	83.20±10.77	87.46±12.78	0.082

***Student t testi, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $p < 0.05$*

Hastaların WHOQOL-BREF TR toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile ilgili bilgiler Tablo 6’da yer almaktadır. TRSM’ye düzenli katılan hastaların ‘fiziksel’ ve ‘çevre’ alt ölçeklerine ait puan ortalamaları, düzenli katılmayanlara göre belirgin derecede yüksek ve istatistiksel anlamlı farklılık oluşturduğu saptandı ($p<0.05$). Hastaların TRSM’ye katılım sıklığı (düzenli, düzensiz) ile ‘genel sağlık durumu’, ‘ruhsal’ ve ‘sosyal’ alt boyut ve WHOQOL-BREF TR toplam puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo. 7: Hastaların TRSM Programına Düzenli Katılım Sıklığına Göre TTUÖ ve KGiÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Düzenli katılan hasta grubu $\bar{X} \pm SS$	Düzenli katılmayan hasta grubu $\bar{X} \pm SS$	p**
TTUÖ puanı	8.60±1.35	8.33±1.88	0.448
KGiÖ-Şiddet puanı	4.00±0.64	4.07±0.79	0.588

**Student t testi, $\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma, $p<0.05$

Hastaların TRSM’ye düzenli katılım sıklığı değişkeni ile TTUÖ ve KGiÖ-şiddet puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$).

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Bu çalışma TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapıldı. Bu araştırmanın psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığını inceleyen ilk çalışma olması ile hem literatüre katkı sağlayacağı hem de TRSM'ye kayıtlı hasta bireylere ve ailelerine yönelik müdahalelerinin düzenlenmesinde TRSM'lerde çalışan vaka yöneticilerine rehberlik edeceği düşünülmektedir.

Son on yılda toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin hastalar üzerindeki etkinliği üzerine yapılan çalışmalar hız kazanması ile birlikte literatürde çoğunlukla TRSM hizmetlerinin psikotik bozukluk tanılı hasta bireyler üzerindeki içgörü, tedaviye uyum, yaşam kalitesi, sosyal ve genel işlevsellikleri üzerine olumlu etkilerinin araştırıldığı çalışmalar yer almaktadır (Ensari ve ark., 2013; Üstün ve ark., 2018; Şahin ve Elboğa, 2019).

Toplum ruh sağlığı hizmetinin şizofreni hastaları tarafından kullanımı ile ilişkili faktörleri inceleyen çalışmalar sınırlı sayıda olmakla birlikte yapılan bu çalışmalarda TTUOÖ, RHİDÖ, WHOQOL-BREF TR ve KGIÖ kullanılmadığı için araştırma bulguları sadece sosyodemografik ve klinik özellikler bakımından karşılaştırıldı (Moreno ve ark., 2007; Moreno-Küstner ve ark., 2011; Luo ve ark., 2018). TRSM hizmeti alan psikotik bozukluk tanılı hastalarda RHİDÖ, TTUOÖ, KGIÖ ve WHOQOL-BREF TR'nin kullanıldığı ve toplum ruh sağlığı hizmetinin önemli etkilerinin incelendiği diğer araştırmalar ile çalışma bulguları kıyaslandı.

Çalışmaya katılan psikotik bozukluk tanılı hastaların psikoeğitim, resim, müzik, ahşap boyama vb. gibi etkinliklerden oluşan TRSM programına düzenli katılım sıklığı %38.1 olarak saptandı. Luo ve arkadaşlarının (2018: 4) Çin'deki psikotik bozukluğu olan hastaların psikiyatrik rehabilitasyon hizmetini kullanımını ve bunu etkileyen faktörleri incelediği çalışmada, psikososyal rehabilitasyon hizmet kullanım oranı %17.0 olarak bulunmuştur. Psikososyal rehabilitasyon programlarına katılım oranının düşük olmasında çoklu faktörler etkili olabilmektedir. Bu faktörler; psikososyal rehabilitasyonun temel ilkeleri konusunda eğitilmiş personellerin ve ulusal ruh sağlığı ile ilgili politikaların yetersiz oluşu, rehabilitasyon hizmetinin sağlık sigortası tarafından karşılanmaması, hastaların TRSM'nin konumu ve TRSM'de verilen psikiyatrik

rehabilitasyon hizmetleri konusunda bilgisinin olmaması, TRSM'nin eve uzak olması, hastalık tanısı sebebi ile toplum tarafından etiketlenme korkusu, hastaların iyileşmeye yönelik rehabilitasyon hizmetlerine olan inancının az olması ve rehabilitasyon etkinliklerine katılmayı reddetme şeklinde sıralanmaktadır (Busschbach ve Wiersma, 2002: 68; Luo ve ark., 2018: 6; Moreno ve ark., 2007: 454).

Bu araştırmada, hastalara TRSM'ye düzenli katılmalarında etkili olan TRSM'ye ait faktörler sorulduğunda ise sırasıyla TRSM çalışanlarının güler yüzlü olması (%100), hastaların danışmanına rahatlıkla ulaşabilmesi (%95), TRSM'de ferah ve huzur verici bir ortamın olması (%92.5) ve psikiyatriste rahatlıkla ulaşabilme (%92.5) faktörlerinin etkili olduğunu belirttiler. Catty ve arkadaşları tarafından (2012: 32) Londra'da yapılan kesitsel bir çalışmada, toplum ruh sağlığı hizmeti alana hastalar ile danışman arasındaki terapötik ilişkinin çok önemli bir faktör olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki bulgulara göre TRSM'deki çalışanların her zaman ulaşılabilir olması, hastalara karşı tutumlarının destekleyici olmasının, TRSM ortamının huzur verici olmasının psikotik bozukluk tanısı olan hasta bireylerin TRSM'ye düzenli katılım sıklığını artırdığı şeklinde açıklanabilir.

Mevcut çalışmada hastaların sosyodemografik özelliklerine göre TRSM programına katılım durumu karşılaştırıldığında erkek hastaların TRSM programına katılım sıklığının daha fazla olup (%75) bu durumun istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu saptandı ($p<0.05$). Üstün ve arkadaşlarının (2018: 72) çalışmasında da TRSM'deki rehabilitasyon etkinliklerine katılanların daha çok şizofreni tanılı erkek hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir. Luo ve arkadaşlarının çalışmasında (2018: 5) ise rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanan erkek hasta sayısının (%17.5), rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanan kadın hasta sayısına (%16.2) hemen hemen yakın olduğu bulunmuştur. Psikoz ve bipolar bozukluk tanılı hastaların TRSM'ye katılım sıklığının işlevsellik, tedavi uyumu ve içgörüyeye etkisinin incelendiği bir çalışmada, erkek hastaların yaklaşık %91'inin haftada 3-4 kez TRSM'deki etkinliklere katıldığı saptanmıştır (Şahin, Elboğa ve Altındağ; 2020: 68). Moreno-Küstner ve arkadaşlarının TRSM hizmetinin kullanımı ile ilişkili faktörleri incelediği çalışmada (2011: 6) ise ayaktan tedavi hizmetlerinin kullanımının cinsiyet ile herhangi bir ilişkisinin olmadığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda, kültürün ve toplumsal cinsiyet rollerinin etkisi ile çocuk bakımına ve ev işlerine ait sorumluluğun kadınlara devredilmesi kadın hastaların

geri planda kalarak TRSM'deki aktivitelerden yararlanmasına engel olduğunu, kadınların psikososyal destek arayışında engellerle karşılaştığını ve bu nedenle kadın hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığının erkeklere göre daha az olduğunu düşündürmektedir.

Bizim çalışmamızda TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluğu olan hastalar eğitim durumları bakımından incelendiğinde, TRSM programlarına düzenli katılan hastaların yarısından fazlasının (%82.5) eğitim düzeyinin düşük olduğu ancak bu durumun istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Bu çalışmaya benzer şekilde, Moreno ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2007: 455) eğitim durumu ile TRSM hizmetinin kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Şizofreni hastalarının toplum ruh sağlığı hizmetlerini kullanımı ile ilişkili faktörleri inceleyen bir çalışmada ise eğitim düzeyi düşük olan hastaların TRSM'deki hizmetlerden yoğun bir şekilde faydalandığı saptanmıştır (Moreno-Küstner ve ark., 2011: 6). Bu çalışmadaki bulguların aksine Üstün ve arkadaşlarının çalışmasında (2018: 73) ise TRSM'deki rehabilitasyon etkinliklerine katılan hastalar eğitim durumu açısından diğer hasta grubu ile karşılaştırıldığında, TRSM'deki etkinliklere katılan hasta bireylerin eğitim seviyesinin etkinliklere katılmayan hastaların eğitim seviyesinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi düşük olan hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığının fazla olması hastaların hastalık hakkındaki bilgisinin az olmasından ve bu hastalardaki yardım arama gereksiniminin artmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin TRSM programına katılım konusundaki etkisine ilişkin farklı sonuçlar elde edilmesi nedeni ile eğitim seviyesi ile TRSM programına düzenli katılım sıklığı arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik yeni araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmada TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların medeni durumu ile TRSM programına düzenli katılım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Luo ve arkadaşlarının (2018: 5) psikotik bozukluk tanılı 424 hasta ile yaptığı çalışmada, TRSM'deki psikiyatrik rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Benzer şekilde diğer araştırmalarda da medeni durum ile rehabilitasyon

etkinliklerine katılım arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Moreno-Küstner ve ark., 2011: 6; Moreno ve ark., 2007: 455).

Çalışmada yaş ortalamaları incelendiğinde hastaların çoğunluğunun 40'lı yaşlarda oldukları, TRSM programına düzenli katılım sıklığı ile yaş arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Bu çalışmadaki araştırma bulgusu ile uyumlu olarak Moreno-Küstner ve ark. (2011: 6) tarafından yapılan çalışmada yaş değişkeni ile toplum ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımı arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Luo ve arkadaşlarının (2018: 5) yaptığı çalışmada da benzer şekilde yaş grubunun psikososyal rehabilitasyon hizmetlerini kullanımı üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Kaya'nın (2019: 46) TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluğu bulunan hastaların TRSM programına katılım durumuna göre ilaç uyumu, sosyal işlevsellik ve içgörünün incelediği çalışmada, TRSM programına katılım sıklığı ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). 844 hastanın dâhil edildiği bir çalışmada ise 45 yaş üzerindeki psikotik bozukluk tanısına sahip hasta bireylerin toplum ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanmak için ayaktan başvurularının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Moreno ve ark., 2007: 455).

Hastaların sosyal güvence durumu ile TRSM programına düzenli katılım sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ve TRSM'deki programlara düzenli katılan hastaların tamamının sosyal güvencesinin bulunduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Luo ve arkadaşlarının (2018: 6) yaptığı çalışmada, Çin'in az gelişmiş şehirlerinden olan Guanxi'de ruh sağlığı hizmetlerinin yetersiz olmasının etkisiyle hizmet sunumunda eksikliklerin meydana geldiği, psikiyatrik rehabilitasyon hizmetinin sağlık sigortası tarafından karşılanmaması nedeni ile hastaların toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanamadığı ve TRSM hizmetlerine katılım oranının çok düşük olduğu belirtilmiştir.

Hastaların gelir durumu ile TRSM programına düzenli katılım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.05$). Luo ve arkadaşlarının (2018: 6) çalışmasında rehabilitasyon etkinliklerine katılan ve katılmayan hastaların gelir durumu karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte psikiyatrik rehabilitasyon hizmetlerinin çok pahalı olması nedeni ile hastaların

%14.2'sinin TRSM'deki etkinliklere katılamadığı bildirilmiştir ($p>0.05$). Bu çalışmada istatistiksel anlamlılık saptanması, orta düzeyde gelire sahip olan hastaların TRSM'ye daha fazla düzenli katılması ve ekonomik seviyesi iyi olanların daha farklı kurumlardan hizmet almaları ile ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada şizofreni ve psikotik bozukluk tanılı TRSM'ye kayıtlı hastaların birlikte yaşadığı kişi ile TRSM programına düzenli katılım sıklığı arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Moreno-Küstner ve arkadaşlarının (2011: 7) TRSM'ye kayıtlı şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmasında hastaların birlikte yaşadığı kişi değişkeni ile TRSM hizmeti için ayaktan başvuru sayısı arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bu çalışma bulgusuna göre TRSM programına düzenli katılan ve katılmayan hastaların yaklaşık %80'inin ailesi (anne-baba, eş-çocuk) ile birlikte yaşıyor olması ve bu durumun anlamlı farklılık oluşturmaması, hastaların benzer sosyodemografik özelliklere sahip olması ile açıklanabilir.

Hastaların alkol, sigara ve madde kullanımı ile TRSM programına düzenli katılım sıklığı arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Bu araştırmaya benzer şekilde Şahin ve Elboğa'nın (2019: 434) TRSM hizmetinden yararlanan ve yararlanmayan hastaları dâhil ettiği çalışmasında da hastaların toplum ruh sağlığı hizmetinin kullanım durumu ile sigara, alkol ve madde tüketimi arasında istatistiksel farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

TRSM'ye kayıtlı hastaların klinik özelliklerine göre TRSM programına katılım durumu incelendiğinde hastalık süresi değişkeni ile TRSM programına düzenli katılım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.05$). Luo ve arkadaşlarının (2018: 4) çalışmasına göre, rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanan ve yararlanmayan hastaların hastalık süresi bakımından istatistiksel anlamlı bir farklılık olmadığı, çalışmaya katılan 424 kişilik hasta grubunda %88.9'unun hastalıklarının 20 yılı aşkın süredir devam ettiği saptanmıştır ($p>0.05$). Üstün ve arkadaşlarının çalışmasında da hastalık süresinin TRSM'deki rehabilitasyon programlarına katılım durumu üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı ve her iki gruptaki hastaların ortalama hastalık süresinin 14-15 yıl olduğu belirtilmiştir. Ertekin Pınar ve Sabancıoğulları'nın (2019: 4) TRSM'ye kayıtlı 132 hastayı dâhil ettiği çalışmaya göre TRSM'deki

hastaların %60'ının 16 yıldan uzun süredir şizofreni tanısına sahip olduğu ve hastaların yaklaşık %70'inin TRSM hizmetlerinden düzenli olarak yararlandığı bildirilmiştir. Bu araştırma bulgusuna göre ise hastalık süresinin TRSM programına düzenli katılım sıklığı üzerinde bir etkisinin olduğu, özellikle 16 yıl ve üzeri süredir psikotik bozukluk tanısı olan bireylerin düzenli olarak TRSM'deki rehabilitasyon programlarına daha sık katılım gösterdiği tespit edilmiştir. Bu durum, hastalık kronikleştikçe hasta bireylerdeki yardım arama davranışının arttığını ve hastaların rehabilitasyon etkinliklerine katılma konusundaki motivasyonlarının yüksek olduğunu göstermektedir.

TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların hastaneye yatış sayısı ile TRSM'ye düzenli katılım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0.05$). Üstün ve arkadaşlarının çalışmasında rehabilitasyon programlarına katılan hastaların hastaneye yatış sayısı ortalaması 4 iken rehabilitasyon programlarına katılmayan hastaların hastaneye yatış sayısı ortalamasının 3 olduğu saptanmıştır. Ertekin Pınar ve Sabancıoğulları'nın TRSM'den tedavi hizmeti alan şizofreni hastalarındaki işlevsel iyileşme ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, hastaların %66.7'sinin psikiyatri hastanesine 4 kez yatışının olduğu bulunmuştur. Şahin ve Elboğa'nın (2019: 435) çalışmasına göre, TRSM hizmetinden en az 6 ay yararlanan 88 hasta ile toplum ruh sağlığı hizmeti almayıp TRSM'ye yeni kaydedilen 88 hastanın dâhil edildiği şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların TRSM hizmetinden yararlanma durumu ile hastaneye yatış sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Yaptığımız çalışmanın bulgusuna göre 3 kez ve daha fazla hastane yatışı olan TRSM'ye kayıtlı şizofreni ve psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına daha fazla katılım sağladığı tespit edilmiştir.

Araştırma bulgusuna göre hastaların hastaneye son yatış tarihi ile TRSM programına katılım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$). Literatür incelemesinde bu çalışma bulgusunun kıyaslanabileceği herhangi bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Araştırma bulgusuna göre TRSM programına düzenli olarak katılan hastaların %35.0'ının 2 ila 5 yıl önce psikiyatri hastanesine yatışının olduğu, bunu %25 oranı ile 6 ila 9 yıl öncesinde hastaneye yatışı olan hastaların takip ettiği tespit edilmiştir. Bu araştırma bulgusundaki istatistiksel farklılığın, psikotik bozukluğu olan hastaların hastanede yatarak tedavi görmekten kaçınmaları ve böylece

hastaların iyileşme motivasyonunun pekişmesi ile TRSM programına düzenli katılım sağladıkları düşünülmektedir.

TRSM'den hizmet alan psikotik bozukluk tanılı hastaların hastanede yatış süresi ile TRSM programına düzenli katılım sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Literatürde psikososyal etkinliklere düzenli katılım ile hastanede yatış süresi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara ulaşamadığı için araştırma bulgusu, hastaların TRSM hizmetlerinin kullanımı ile ilişkili faktörleri inceleyen Moreno-Küstner ve arkadaşlarının çalışması ile karşılaştırılmıştır. Moreno-Küstner ve arkadaşlarının (2011: 5), şizofreni tanısı olan 1027 hastayı dâhil ettiği çalışmasında hastanede yatış süresinin TRSM'deki ayaktan başvuru sayısı üzerinde herhangi bir etkisinin bulunmayıp bu durumun istatistiksel anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Moreno-Küstner ve arkadaşlarının (2011: 5) çalışmasına göre, sadece 70 hastanın hastaneye yatışının olduğu ve hastane yatış öyküsü olanlardan 46'sının hastanede ortalama yatış süresinin 19 günden daha az olduğu belirtilmiştir.

Hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ile ilaç kullanım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Bu araştırma bulgusuna göre TRSM programına düzenli katılan hastaların %55.0'nın 16 yıldan uzun süredir ilaç kullandığı tespit edildi. Bu durum, ilaçlı tedavi kullanım süresi arttıkça ve hastalık kronikleştikçe hasta ve hasta yakınlarının yardım arayışının arttığını ve böylece hastaların TRSM programına katılım sıklığını pekiştirdiğini düşündürmektedir.

Psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ile hastanın birlikte yaşadığı kişinin TRSM'ye katılımı destekleme durumu arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık olduğu bulundu ($p<0.05$). Bu araştırma bulgusuna göre, TRSM programına düzenli katılmayan hastaların %76.9'u TRSM programına katılmaları konusunda birlikte yaşadığı kişiler tarafından desteklenirken, TRSM'deki rehabilitasyon programına düzenli katılan hastaların %97.5'inin TRSM etkinliklerine katılmaları konusunda aile üyeleri ya da birlikte yaşadığı kişiler tarafından desteklendiği görüldü. Mevcut çalışmada, TRSM programına düzenli katılmayan hastaların yaklaşık %77.0'nın birlikte yaşadıkları kişiler tarafından desteklenmesine rağmen TRSM'deki etkinliklere katılım sağlamadıkları gözlemlenmiştir.

Hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ile WHOQOL-BREF TR toplam ve genel sağlık, ruhsal, sosyal alt boyut puanlarına ilişkin istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$), hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ile fiziksel ve çevre alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.05$). Bu çalışmada TRSM programına düzenli katılmayan hastaların fiziksel ve çevre alt boyut puan ortalamalarının TRSM programına düzenli katılan hastalara kıyasla daha yüksek olması, TRSM'ye düzensiz katılanların poliklinik muayenelerine düzenli olarak gelmeleri (%61.9), TTUOÖ puan ortalamasının yüksek olması (8.33 ± 1.88) ve tıbbi tedaviye yüksek uyum göstermesi ile ilişkilendirilebilir.

Hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ile TTUOÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). TRSM'deki rehabilitasyon faaliyetlerine düzenli katılan hastaların TTUOÖ'den aldıkları ortalama puan 8.60 ± 1.35 iken ve düzenli katılmayan hastaların TTUOÖ'den aldıkları ortalama puanın 8.33 ± 1.88 olduğu tespit edildi. Süreğen psikoz hastalarındaki tedavi uyumu ve tedavi uyumu ile ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmaya göre, TTUOÖ'den 8-10 arasında puan alanların tedaviye uyumlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (Koç, 2006: 33). Onan'ın (2020: 275) TRSM'ye kayıtlı 100 hasta ile yaptığı çalışmada hastaların % 61.0'nın şizofreni tanısına sahip olduğu, TRSM'deki hastaların yaklaşık % 70.0'nın tıbbi tedaviye uyum oranının yüksek ve TTUOÖ puan ortalamasının 7.96 ± 1.78 olduğu bulunmuştur. Onan'ın çalışmasına (2020: 275) göre TRSM'ye kayıtlı hastaların TTUOÖ puan ortalamalarının yüksek olması, TRSM'den hizmet alan hastaların tıbbi tedaviye uyumlarının fazla olduğunu göstermektedir. TRSM'den hizmet alan hastaların içgörü ve işlevsellikleri, tıbbi tedaviye uyumu ve yaşam kalitesinin incelendiği çalışmaya göre, rehabilitasyon hizmeti ve RUTBE alan hastaların TTUOÖ'den aldıkları puan ortalaması ile TRSM'den psikososyal destek hizmeti almayan hastaların TTUOÖ'den aldıkları ortalama puan arasında ilişki olduğu, bu durumun istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Şahin ve Elboğa, 2019: 435). Bizim çalışmamızda TRSM programına düzenli katılan hastalar ile TRSM programına düzenli katılmayan hastaların tıbbi tedaviye uyum oranına ilişkin istatistiksel farklılığın bulunmaması, çalışmaya katılan hastaların çoğunun depo antipsikotik enjeksiyon tedavisi alması ve hastaların kullandıkları ilaçlar hakkında veri toplanmamasından kaynaklanmış olabilir. Sonraki çalışmalarda TRSM programına

düzenli katılan ve katılmayan hastaların kullandıkları ilaç türlerinin (oral tablet, enjeksiyon) incelenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

TRSM'ye kayıtlı psikotik bozukluk tanılı hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ile KGİÖ-şiddet alt boyutuna ait puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Şahin ve Elboğa'nın (2019: 435) yaptığı çalışmada ise en az 6 ay TRSM'den hizmet alan şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı olan hasta grubu ile TRSM hizmetinden yararlanmayan hasta grubunun KGİÖ hastalık şiddeti puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). TRSM hizmeti alan hastaların KGİÖ'den aldıkları puan ortalamasının düşük olması ilaç tedavisinin yanında TRSM'de verilen RUTBE ve psikososyal destek hizmetini önemli olduğu şeklinde yorumlanmıştır (Şahin ve Elboğa, 2019: 435). Bizim araştırmamızda TRSM programına düzenli katılan ve katılmayan her iki hasta grubuna ait KGİÖ-şiddet puan ortalamasının 4 olduğu saptandı. KGİÖ puanının yüksek olması hastalık belirtilerinin şiddetli olduğunu göstermektedir. Ölçek puanlamasına göre hastalık şiddet puanının 4 olması, TRSM'ye kayıtlı hastaların orta düzeyde hastalık şiddetine sahip olduğunu belirtmektedir (Busner ve Targum, 2007: 30).

SONUÇ ve ÖNERİLER

- Çalışmanın sonucunda araştırmaya katılan hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığının %38.1 olduğu belirlendi. TRSM programına düzenli katılan hastaların %75.0'nın erkek olduğu saptandı. Düzenli katılımı olan psikotik bozukluk tanılı hastalarda 16 yıldan uzun süredir hastalık öyküsüne sahip olma, hastaneye 3 ya da 3'ten fazla yatış öyküsünün olması ve ilaç kullanım süresinin uzunluğu düzenli katılmayanlara göre yüksek olması hastalık kronikleştikçe psikososyal yardım arayışının arttığını göstermektedir.
- TRSM'ye katılım konusunda düzenli katılan hastaların düzensiz katılanlara göre aileleri tarafından daha çok desteklendiği görüldü.
- TRSM çalışanlarının hastalara karşı tutum ve yaklaşımları, hastaların danışmana ve psikiyatriste rahatlıkla ulaşabilmesi, TRSM ortamının samimi ve huzur verici olmasının TRSM'ye düzenli katılım sıklığını etkilediği belirlendi.
- Hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı ile WHOQOL-BREF TR toplam ölçek puanlarında anlamlı bir ilişki saptanmazken, TRSM programına düzenli katılmayan hastaların 'fiziksel' ve 'çevre' alt ölçeklerine ait puan ortalamaları düzenli katılanlara göre önemli derecede yüksekti.

Araştırmada elde edilen sonuçlara ilişkin öneriler aşağıda belirtilmiştir:

- Çalışmaya katılan hastaların TRSM programına düzenli katılım sıklığı oranının (%38,1) her ne kadar yarıya yakın gibi görünse de hastaların düzenli katılım sıklığının artırılması için yeniden düzenlemeler yapılmalı ve TRSM programına düzenli katılmayan hastaların TRSM'deki etkinliklere katılmama nedenlerine yönelik çalışmalar yürütülmelidir.
- Bu çalışmada kadın hastaların TRSM programına daha az katılım sağladığı görüldü. Kadın hastaların TRSM'ye gelmeleri konusunda desteklenmesi, kadınlara çocukları için ücretsiz kreş hizmeti ve ulaşım konusunda çeşitli olanakların sağlanması gerekir. Ayrıca TRSM'lerin önemi konusunda vaka yöneticisi olarak psikolog, psikiyatri uzmanı ve hemşire tarafından TRSM'deki tüm hastaların ailelerine eğitim verilmesi sağlanmalıdır.

- Çalışmamızda görüldüğü gibi TRSM ekibinin sıcak yaklaşımı, TRSM'nin huzur verici ortamı ve hastaların sıkıntılı anlarında vaka yöneticisi olarak her an yanlarında bulunabileceğimiz hissinin hastalarda oluşması önemlidir. Ancak TRSM ekibindeki vaka yöneticilerinin hizmet verdikleri hasta sayısından fazla olması (ideali 10-15) ve yapılandırılmış TRSM eğitimi olan personel sayısının az olması nedeni ile TRSM çalışanlarında merhamet yorgunluğu ve tükenmişlik meydana gelebilmekte ve verilen hizmetin kalitesi azalmaktadır. Bunun önlenmesi için nitelikli personel sayısının artırılması ve toplum temelli ruh sağlığı alanında çalışanların TRSM eğitiminin desteklenmesi önerilmektedir.
- Hastaların TRSM programına düzenli katılımı konusunda TRSM ortamı ve TRSM çalışanlarının hastalara karşı tutum ve davranışlarının etkisini inceleyen daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

- Addington, J., Piskulic, D., & Marshall, C. (2010). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 260-263.
- Akçay, G. O., & Gültekin, B. K., (2018). Psikoz tanılı hastalarda kritik dönem: “Tedavisiz geçen psikoz süresi” ve sosyal belirleyicileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21, 177-183.
- Alataş, G., Karaoğlu, A., Arslan, M., & Yanık, M. (2009). Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye’de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(1), 25-29.
- Alataş, G., Kahiloğulları, A. K., & Yanık, M. (2011). *Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023)*. Erkoç, Y., Çom, S., Torunoğlu, M. A., Alataş, G., Kahiloğulları, A. K., Editörler. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Almerie, M. Q., Al Marhi, M. O., Jawoosh, M., Alsabbagh, M., Matar, H. E., Maayan, N., & Bergman, H. (2015). Social skills programmes for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 1-93.
- Alptekin, K., & Atbaşoğlu, C. (Eds.). (2005). *Şizofreni tedavi kılavuzu. 1. Baskı*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Arslan, M., Yazıcı, A., Yılmaz, T., Coşkun, S., & Kurt, E. (2015). Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 238-246.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. P. (2012). Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 30(3), 183-195.
- Aydemir Ö., & Köroğlu E. (2007). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. 6. Baskı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Aydın, E., Tabo, A., Karamustafaloğlu, K. O., Alataş, G., Yiğit, S., Aydın, E., & Erkuş, G. H. (2014). Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline

- geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(3), 185-191.
- Baysal, G. Ö. D. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.
- Berghöfer, A., Martin, L., Hense, S., Weinmann, S., & Roll, S. (2020). Quality of life in patients with severe mental illness a cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. *Quality of Life Research*, 29, 2073-2087.
- Bilir, M. K. (2018). Deinstitutionalization in mental health policy: From institutional-based to community-based mental healthcare services. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(3), 563-576.
- Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zağlı, N., Drukker, M., Tanık, F. A. vd. (2012). İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşam boyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23, 149-60.
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., & Alptekin K. (2011). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 40-52.
- Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(7), 28-37.
- Busschbach, J. van, & Wiersma, D. (2002). Does rehabilitation meet the needs of care and improve the quality of life of patients with schizophrenia or other chronic mental disorders? *Community Mental Health Journal*, 38(1), 61-70.
- Cannon, M., Jones, P. B., & Murray, RM. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1080-1092.
- Catty, J., Cowan, N., Poole, Z., Ellis, G., Geyer, C., Lissouba, P., et al. (2012). Attachment to the clinical team and its association with therapeutic relationships,

- social networks, and clinical well-being. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85(1), 17-35.
- Chien, W. T., Leung, S. F., Yeung, F. K., & Wong, W. K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: Psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1463-1481.
- Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B. C., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: A systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16(12), 357-373.
- Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Çam, O., & Engin, E. (Eds.). (2014). *Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Dan, A., Kumar, S., Avasthi, A., & Grover, S. (2011). A comparative study on quality of life of patients of schizophrenia with and without depression. *Psychiatry Research*, 189(2), 185-189.
- Degen, K., Cole, N., Tamayo, L., & Dzerovych, G. (1990). Intensive case management for the seriously mentally ill. *Administration and Policy in Mental Health*, 17(4), 265-269.
- De Girolamo, G., Bassi, M., Neri, G., Ruggeri, M., Santone, G., & Picardi, A. (2007). The current state of mental health care in Italy: Problems, perspectives, and lessons to learn. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(2), 83-91.
- Desai, P. R., Lawson, K. A., Barner, J. C., & Rascati, K. L. (2013). Identifying patient characteristics associated with high schizophrenia-related direct medical costs in community-dwelling patients. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 19(6), 468-477.

- Demirkol, M. E., & Tamam, L. (2016). Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 85-93.
- Dincin, J., Wasmer, D., Witheridge, T. F., Sobeck, L., Cook, J., & Razzano, L. (1993). Impact of assertive community treatment on the use of state hospital inpatient bed-days. *Psychiatric Services*, 44(9), 833-838.
- Dikeç, G., & Kutlu, Y. (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 40-46.
- Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Y. S., Ng, C. H., Ungvari, Li, G., et al. (2019). Quality of life in schizophrenia: A meta-analysis of comparative studies. *Psychiatric Quarterly*, 90(3), 519-532.
- Donyağı, N. (2016). Toplum ruh sağlığı merkezlerine devam eden ve devam etmeyen şizofreni hastalarında aile yükünün incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ensari, H., Gültekin, B. K., Karaman, D., Koç, A., & Beşkardeş, A. F. (2013). Bolu toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 108-114.
- Ersoy, M. A., & Varan, A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163- 171.
- Ertekin, Pınar S., & Sabancıoğulları, S. (2020). The relationship between functional recovery and quality of life in patients affected by schizophrenia and treated at a community mental health center in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 448-454.
- Eser, S. Y, Fidaner, H., Fidaner, C., Elbi, H., & Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3p) Dergisi*, 7(2), 23-40.

- Farooq S, Nazar Z, Irfan M, Akhter J, Gul E, Irfan U, Naeem F. (2011). Schizophrenia medication adherence in a resource-poor setting: randomised controlled trial of supervised treatment in out-patients for schizophrenia (STOPS). *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 467–472.
- Guan, L., Xiang, Y., Ma, X., Weng, Y., & Liang, W. (2016). Qualities of life of patients with psychotic disorders and their family caregivers: Comparison between hospitalised and community-based treatment in Beijing, China. *Plos One*, 11(11), 1-12.
- Guedes De Pinho, L. M., Pereira, A. M. D. S., & Chaves, C. M. C. B. (2018). Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40(3), 202-209.
- Gutiérrez-Casares, J. R., Cañas, F., Rodríguez-Morales, A., Hidalgo-Borrajo, R., & Alonso-Escolano, D. (2010). Adherence to treatment and therapeutic strategies in schizophrenic patients: The adhere study. *Cns Spectr*, 15(5), 327-337.
- Gutierrez-Recacha, P., Chisholm, D., Haro, J. M., Salvador-Carulla, L., & Ayuso-Mateos, J. L. (2006). Cost-effectiveness of different clinical interventions for reducing the burden of schizophrenia in Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 29-38.
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs.
- Iati, C. A., & Waford, R. N. (2016). *The psychosis response guide: How to help young people in psychiatric crises*. New York: Springer Publishing Company.
- Işık, E., Taner, E., & Işık, U. (2008). *Güncel klinik psikiyatri*. Ankara: Golden Print Matbaası Yayınevi.

- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı (2021). <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html>. Erişim Tarihi: 12.05.2021
- Karakuş, G., Kocal, Y., & Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.
- Karasu, U., & Yelken, B. (2013). Yönergeden uygulamaya: Toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM). *Psikiyatride Güncel*, 3(2), 95-97.
- Karow, A., Wittmann, L., Schoettle, D., Schaefer, I., & Lambert, M. (2014). The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(2), 185-195.
- Kaya, B. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezine (TRSM) kayıtlı psikotik bozukluğu bulunan hastaların TRSM programına katılım sıklıklarına göre sosyal işlevsellik, içgörü ve ilaç uyumu açısından karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Koç, A. (2006). Kronik psikoz hastalarında tedavi uyumunun ve tedavi uyumu ile ilişkili etkenlerin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Krieger, I., Bitan, D. T., Sharon-Garty, R., Baloush-Kleinman, V., & Zamir, L. (2020). The effect of community-based mental health rehabilitation services for schizophrenia: A retrospective cohort study. *Psychiatric Quarterly*, 91, 1453-1463.
- Lambert, M., Karow, A., Leucht, S., Schimmelmann, B. G., & Naber, D. (2010). Remission in schizophrenia: Validity, frequency, predictors, and patients' perspective 5 years later. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 393-407.
- Lieberman, J. A., & Sobel, S. N. (1993). Predictors of treatment response and course of schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 6, 63-69.
- Lieberman, J. A., & First, M. B. (2018). Psychotic disorders. *New England Journal of Medicine*, 379(3), 270-280.

- Lien, Y. J., Chang, H. A., Kao, Y. C., Tzeng, N. S., Lu, C. W., & Loh, C. H. (2018). The impact of cognitive insight, self-stigma, and medication compliance on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268, 27-38.
- Luo, H., McNeil, E. B., Feng, Q., Li, H., Chen Q., Qin X., et al. (2018). Utilization of psychiatric rehabilitation services and influencing factors among people with psychotic disorders in rural communities of Guangxi, China. *International Journal Mental Health Systems*, 12(17), 1-8.
- McCutcheon, R. A., Marques, T. R., & Howes, O. D. (2019). Schizophrenia- an overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201-210.
- McDonald, M., Hertz, R. P., Lustik, M. B., & Unger, A. N. (2005). Healthcare spending among community-dwelling adults with schizophrenia. *The American Journal of Managed Care*, 11(8), 242-247.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 67-76.
- Menon, M., Balzan, R. P., Harper, K., Kumar, D., Andersen, D., Moritz, S., et al. (2017). Psychosocial approaches in the treatment of psychosis: Cognitive behavior therapy for psychosis (CBTp) and metacognitive training (MCT). *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 11(3), 156-163.
- Moreno, B., Arroyo, B., Torres-González, F., De Dios Luna, J., & Cervilla, J. (2007). Social predictors of out-patient mental health contact in schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(6), 452-456.
- Moreno-Küstner, B., Mayoral, F., Rivas, F., Angona, P., Requena, J., García-Herrera, J. M., et al. (2011). Factors associated with use of community mental health services by schizophrenia patients using multilevel analysis. *BMC Health Services Research*, 11(1), 1-10.

- Muijen, M., Marks, I. M., Connolly, J., & Audini, B. (1992). Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: A randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 304, 749-754.
- Na, E. J., Kang, N. I., Kim, M. Y., Cui, Y., Choi, H. E., Jung, A. J., et al. (2016). Effects of community mental health service in subjects with early psychosis: One-year prospective follow up. *Community Mental Health Journal*, 52(6), 724-730.
- Narvaez, J. M., Twamley, E. W., Mckibbin, C. L., Heaton, R. K., & Patterson, T. L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 201-208.
- Onan, N. (2020). Bir toplum ruh sağlığı merkezindeki hastalarda tıbbi tedaviye uyumun incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 271-278.
- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Painuly, N., & Chakrabarti, S. (2006). Combined use of electroconvulsive therapy and antipsychotics in schizophrenia: The Indian evidence. A review and a meta-analysis. *The Journal of ECT*, 22(1), 59-66.
- Patel, P., Frederick, T., & Kidd, S. A. (2018). Physical health, community participation and schizophrenia. *Journal of Health Psychology*, 23(1), 79-83.
- Pearl, R. L., Forgeard, M. J., Rifkin, L., Beard, C., & Björgvinsson, T. (2017). Internalized stigma of mental illness: changes and associations with treatment outcomes. *Stigma and Health*, 2(1), 1-14.
- Prigent, A., Simon, S., Durand-Zaleski, I., Leboyer, M., & Chevreul, K. (2014). Quality of life instruments used in mental health research: Properties and utilization. *Psychiatry Research*, 215(1), 1-8.
- Radeef, A. S., Musa, R., Ali, S. M., & Bakar, A. A. (2017). Assessment of social support, expressed emotion and compliance to treatment among hospital admitted

- schizophrenic patients in Malaysia. *Journal of International Dental and Medical Research*, 10(1), 179-185.
- Ritchie H., Roser M. (2020). "Mental Health". *Published online at ourworldindata.org*. <https://ourworldindata.org/mental-health>. Erişim Tarihi: 14.05.2021
- Ritsher, J. B., Otilingam P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz P. (2015). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 175-198.
- Silva, T. F. C. D., Mason, V., Abelha, L., Lovisi, G. M., & Cavalcanti, M. T. (2011). Quality of life assessment of patients with schizophrenic spectrum disorders from psychosocial care centers. *Jornal Brasileiro De Psiquiatria*, 60(2), 91-98.
- Songur, C., Saylavcı, E., & Kıran, ř. (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3(4), 276-289.
- Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E. C., Herken, H. (Eds.). (2007). şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. Ankara: *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*.
- Söğütlü, L., Özen, ř., Varlık, C., & Güler, A. (2017). Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 121-128.
- Summakoğlu, D., & Ertuğrul, B. (2018). şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 2(1), 43-61.
- Sungur, M. Z., & Yalnız, Ö. (1999). şizofreni tedavisinde bilişsel davranışçı yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(3), 160-166.

- Şahin, Ş., & Elboğa, G. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Medical Journal*, 44(2), 431-438.
- Şahin, Ş., Elboğa, G., & Altındağ, A. (2019). Hospitalization rates of patients using community mental health center services. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 4(1), 22-30.
- Şahin, Ş., Elboğa, G., & Altındağ, A. (2020). Toplum ruh sağlığı merkezine katılım sıklığının içgörü, tedavi uyumu ve işlevselliğe etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(1), 64-71.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönerge. *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/eklenti/21881,trsm-yonergepdf.pdf?0>. Erişim Tarihi: 12.05.2021
- Tel, H., Saraç, B., Günaydın, Y., Medik, K., & Doğan, S. (2010). Psikiyatrik hastalık tanılı hastaların primer bakım vericilerinin sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 103-107.
- Tharyan, P., & Adams, C. E. (2005). Electroconvulsive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Thompson, K., Kulkarni, J., & Sergejew, A. A. (2000). Reliability and validity of a new medication adherence rating scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*, 42(3), 241-247.
- Tüzer, V., Zincir, S., Başterzi, A. D., Aydemir, Ç., Kısa, C., & Göka, E. (2003). Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 6, 198-203.
- Üstün, G., Küçük, L., & Buzlu, S. (2018). Bir toplum ruh sağlığı merkezinde uygulanan rehabilitasyon programlarına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili özellikleri ile tedaviye uyumları ve öz-yeterlilikleri açısından tanımlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2), 69-79.

- Vázquez Morejón, A. J., León Rubio, J. M., & Vázquez-Morejón, R. (2018). Social support and clinical and functional outcome in people with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(5), 488-496.
- Vidal, M. L., Cortes, M. J., Valero, J., Gutierrez-Zotes, A., & Labad, A. (2008). Family environment and expressed emotion in patients with schizophrenia or other psychoses and in their first-degree relatives. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 36(5), 271-276.
- Wancheck, T. N., McGarvey, E. L., Leon-Verdin, M., & Bonnie, R. J. (2011). The effect of community mental health services on hospitalization rates in Virginia. *Psychiatric Services*, 62(2), 194-199.
- World Health Organization. (2001). The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope.
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf?ua=1. Erişim Tarihi: 10.05.2021
- WHOQOL Group (1998). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Yanık, M. (2007). Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirmeler ve öneriler. *RCHP, Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi*, 1 (Özel Sayı), 1-80.
- Yıldız, M., Özaslan, Z., İncedere, A., Kırçalı, A., Kiras, F., & İpçi, K. (2019). Şizofrenide ruhsal toplumsal beceri eğitimi ve üstbiliş eğitiminin toplumsal ve bilişsel işlevsellik üzerine etkisi. *Arch Neuropsychiatry*, 56, 139-143.
- Yıldız, M., Yazıcı, A., Ünal, S., Aker, T., Özgen, G., Ekmekçi, H., vd. (2002). Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi, belirtilerle baş etme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye’de çok merkezli bir uygulaması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 41-47.
- Yıldız M. (2019). *Ruhsal toplumsal beceri eğitimi eğitici elkitabı*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.

EKLER

Ek 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma *İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programına* bağlı olarak Doç. Dr. Bülent Kadri GÜLTEKİN'in danışmanlığında Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Ceyda SARDOĞAN tarafından yürütülmektedir. Bu araştırma, *“Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Psikotik Bozukluk Tanılı Hastaların TRSM Programına Düzenli Katılım Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesine”* yönelik bazı soruları içermektedir. Çalışmada elde edilecek verilerin, psikiyatri hastalarına ve ailelerine yönelik planlanacak hizmetlere katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Araştırmada Sosyodemografik Bilgi Formu, TRSM'ye Kayıtlı Hastaların Klinik Özellikler ve TRSM'ye İlişkin Görüşler Formu, WHOQOL-BREF TR, KGIÖ, TTUOÖ ve RHİDÖ olmak üzere altı ayrı form kullanılarak veriler toplanacaktır. Herhangi bir süre kısıtlaması bulunmamakla beraber soruların cevaplanması yaklaşık on dakika sürmektedir.

Bu araştırma gönüllülük esasına dayalı olarak yapılmaktadır. Katılım sırasında herhangi bir sebeple kendinizi rahatsız hissettiğiniz anda çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bilimsel etik kuralları gereği cevaplarınız ve kimlik bilgilerinizin tamamen gizli tutulacaktır. Katılım ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu okudum ve anladım. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ek 2: Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

2. Yaşınız:

3. Eğitim durumu:

() Okur-yazar değil () İlköğretim mezunu () Lise mezunu
() Ön lisans mezunu () Lisans mezunu () Yüksek lisans mezunu

4. Mesleği:

5. Çalışma Durumunuz

() Çalışıyorum () Çalışmıyorum

6. Medeni durum

() Evli () Bekâr () Boşanmış () Dul

7. Birlikte yaşadığınız kişiler

() Anne-baba ile yaşıyorum. () Eş-çocuk ile yaşıyorum.
() Akraba ile yaşıyorum. () Geniş aile ile yaşıyorum.
() Arkadaş ile yaşıyorum. () Yalnız yaşıyorum.

8. Sosyal Güvence Durumunuz

() Sosyal güvence var () Sosyal güvence yok

9. Gelir Durumunuz

() Gelir gidere eşit () Gelir giderden az () Gelir giderden fazla

10. Sigara Kullanımı

() Var ise günde adet/paket () Yok

11. Geçmişte Alkol Kullanımı

() Var () Yok

12. Geçmişte Madde Kullanımı

() Var () Yok

Ek 3: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Hastaların Klinik Özellikler ve TRSM'ye İlişkin Görüşler Formu

1. Hastalık başlangıç yaşı:

2. Hastalık süresi:

3. Psikiyatri kliniğine yatışınız var mı?

() Evet

() Hayır

Yanıtınız **Evet** ise kaç kez hastaneye yatışınız oldu?

*Üçüncü soruyu **Evet** olarak işaretleyenler dördüncü soruyu yanıtlayabilir.

4. Hastaneye son yatış tarihi ve hastanede yatış süresi:

5. İlaç kullanım süresi:

6. Tedavinizle kim ilgileniyor?

() Kendim () Annem () Babam () Kardeşim () Eşim () Çocuğum

7. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne katılımınızı aileniz ya da birlikte yaşadığınız kişi destekliyor mu?

() Evet

() Hayır

8. Toplum Ruh Sağlığı Merkezine hangi zaman aralıkları ile geliyorsunuz?

a. Haftada en az üç gün b. Haftada bir-iki gün c. Ayda bir kez d. Üç ayda bir

Önceki sorudaki cevabınız a seçeneği ise 9.'uncu ve 10'uncu soruyu yanıtlayınız:

9. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne düzenli olarak gelme süreniz? (ay/yıl)

10. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne **haftada en az üç gün** gelmenizdeki etkili olan faktör/faktörleri işaretleyiniz. (Not: Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

() Danışmana (hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı) kolaylıkla ulaşabilme

() Psikiyatriste rahatlıkla ulaşabilme

() Danışmanımın sorunlarımı her daim ilgiyle dinlemesi

() TRSM'nin eve yakın olması

() Resim, müzik, ahşap boyama, seramik ve el sanatları gibi alanlarda kurs verilmesi

() Benzer hastalığı olan bireylerle bir arada bulunma

() Ücretsiz çay ve yemek hizmetinin sunulması

() Sosyal etkinliklerin düzenlenmesi (tiyatro, müze gezisi, doğum günü kutlaması vb.)

() TRSM'de ferah ve huzur verici bir ortamın bulunması

() TRSM çalışanlarının güler yüzlü olması

() Diğer ise açıklayınız.....

11. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden aldığınız hizmetten memnuniyet düzeyiniz nedir?

() Memnun değilim

() Kararsızım

() Memnunum

() Çok memnunum

Ek 4: Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçeği

Lütfen aşağıdaki soruları geçen hafta içindeki ilaç kullanım davranışınızı en iyi tanımlayacak şekilde cevaplandırınız. Sizin için uygun olan ifadeyi çarpı ile (X) işaretleyiniz.

		EVET	HAYIR
1.	Hiç ilaçlarınızı almayı unuttunuz mu?		
2.	İlaçlarınızı zamanında almak konusunda dikkatsiz misiniz?		
3.	Kendinizi iyi hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
4.	Kendinizi daha kötü hissettiğinizde bazen ilaç almayı bıraktığınız oluyor mu?		
5.	İlaçları sadece hasta olduğumda alıyorum.		
6.	Vücudum ve aklımın ilaç kullanımı ile kontrol edilmesi doğal değil.		
7.	İlaçlarımı aldığımda düşüncelerim daha net oluyor.		
8.	İlaç kullanmaya devam ederek hastalanmaktan korunabilirim.		
9.	İlaçları aldığımda kendimi yaşayan bir ölü gibi garip hissediyorum.		
10.	İlaç almak beni yorgun ve tembel yapıyor.		

Ek 5: Ruhsal Hastalıklarda İşselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği

Bu testte sık sık geçen “ruhsal hastalık” terimi, en geniş anlamda kullanılmıştır. Her bir cümleyi dikkatle okuduktan sonra eğer

“Kesinlikle aynı fikirde değilim” diyorsanız (1) rakamını;

“Aynı fikirde değilim” diyorsanız (2) rakamını;

“Aynı fikirdeyim” diyorsanız (3) rakamını;

“Kesinlikle aynı fikirdeyim” diyorsanız (4) rakamını işaretleyiniz. Lütfen işaretleme yaparken çarpı işaretini (X) kullanarak okuduğunuz cümleye ne ölçüde katıldığınızı ya da katılmadığınızı belirtiniz. Her cümle için rakamlardan sadece bir tanesini işaretleyiniz.

	1	2	3	4
1. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kendimi bu dünyada bir yabancı gibi hissediyorum.				
2. Ruhsal hastalığı olan kişiler saldırgan olmaya eğilimlidirler.				
3. Ruhsal bir hastalığım olduğu için insanlar bana farklı davranıyorlar.				
4. Reddedilmemek için, ruhsal hastalığı olmayan kişilere yaklaşımdan kaçınıyorum.				
5. Ruhsal bir hastalığım olduğundan dolayı utanıyorum.				
6. Ruhsal hastalığı olan kişiler evlenmemelidir.				
7. Ruhsal hastalığı olan kişiler topluma önemli katkılarda bulunurlar.				
8. Kendimi ruhsal hastalığı olmayan kişilerden daha aşağı hissediyorum.				
9. Ruhsal hastalığım benim “garip” görünmeme ya da davranmamama neden olabileceğinden dolayı eskisi kadar sosyal değilim.				
10. Ruhsal hastalığı olan kişiler iyi ve doyum verici bir hayat yaşayamazlar.				
11. İnsanları ruhsal hastalığımla sıkmak istemediğimden dolayı, kendi hakkımda fazla konuşmam.				
12. Halk arasındaki ruhsal hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler, benim “normal” yaşamın dışında kalmama neden oluyor.				
13. Ruhsal hastalığı olmayan kişilerle birlikteyken, kendimi sanki o ortama ait değilmiş ve yetersizmişim gibi hissediyorum.				
14. Ruhsal hastalığı açıkça anlaşılan biriyle toplum içinde birlikte görülmek beni rahatsız etmez.				
15. Sırf ruhsal hastalığımdan dolayı insanlar bana sık sık ne yapmam gerektiğini söyleyip, sanki çocukmuşum gibi davranırlar.				
16. Ruhsal hastalığım olduğu için kendimden memnun değilim.				
17. Ruhsal hastalığımanın olması hayatımı berbat etti.				
18. İnsanlar görünüşümden ruhsal bir hastalığımanın olduğunu anlayabilirler.				
19. Ruhsal hastalığımdan dolayı benimle ilgili çoğu kararı başkalarının vermesine ihtiyaç duyarım.				
20. Ailemi ve arkadaşlarımı utandırmamak için sosyal ortamlardan uzak dururum.				
21. Ruhsal hastalığı olmayanların beni anlamaları mümkün değildir.				
22. Sırf ruhsal hastalığım olduğu için insanlar beni göz ardı eder ya da pek ciddiye almazlar.				
23. Ruhsal hastalığım olduğu için topluma hiçbir katkım olamaz.				
24. Ruhsal bir hastalıkla yaşamak beni mücadeleci bir insan yaptı.				
25. Ruhsal bir hastalığım olduğu için kimse bana yaklaşmak istemez.				
26. Genel olarak, hayatı istediğim şekilde yaşayabiliyorum.				
27. Ruhsal hastalığıma rağmen, iyi ve dolu dolu yaşadığım bir hayatım var.				
28. İnsanlar ruhsal bir hastalığım olduğu için hayatta fazla başarılı olamayacağımı düşünüyorlar.				
29. Akıl hastalarıyla ilgili olumsuz yaygın inanışlar benim durumum dikkate alındığında hiç de yanlış sayılmaz.				

Ek 6: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF TR)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek çarpı (X) ile işaretleyiniz.						
		<i>Çok Kötü</i>	<i>Biraz kötü</i>	<i>Ne iyi Ne kötü</i>	<i>Oldukça İyi</i>	<i>Çok İyi</i>
1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz	1	2	3	4	5
		<i>Hiç Hoşnut Değil</i>	<i>Çok Az Hoşnut</i>	<i>Ne Hoşnut Ne De Değil</i>	<i>Epeyce Hoşnut</i>	<i>Çok Hoşnut</i>
2	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
		<i>Hiç</i>	<i>Çok Az</i>	<i>Orta Derecede</i>	<i>Çokça</i>	<i>Aşırı Derecede</i>
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	5	4	3	2	1
4	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	5	4	3	2	1
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5
		<i>Hiç</i>	<i>Çok Az</i>	<i>Orta Derecede</i>	<i>Çokça</i>	<i>Son Derecede</i>
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5
		<i>Hiç</i>	<i>Çok Az</i>	<i>Orta Derecede</i>	<i>Çokça</i>	<i>Tamamen</i>
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5

14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5
		Çok Kötü	Biraz kötü	Ne İyi Ne kötü	Oldukça İyi	Çok İyi
15	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5
		Hiç Hoşnut Değil	Çok Az Hoşnut	Ne Hoşnut Ne De Değil	Epeyce Hoşnut	Çok Hoşnut
16	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiçbir Zaman	Nadiren	Ara Sıra	Çoğunlukla	Her Zaman
26	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	5	4	3	2	1
		Hiç	Çok Az	Orta Derecede	Çokça	Aşırı Derecede
27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Ek 7: Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİÖ)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| 1. Normal, hasta değil | ☐ |
| 2. Hastalık sınırında | ☐ |
| 3. Hafif düzeyde hasta | ☐ |
| 4. Orta düzeyde hasta | ☐ |
| 5. Belirgin düzeyde hasta | ☐ |
| 6. Ağır hasta | ☐ |
| 7. Çok ağır hasta | ☐ |

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. Çok düzeldi | ☐ |
| 2. Oldukça düzeldi | ☐ |
| 3. Biraz düzeldi | ☐ |
| 4. Hiç değişiklik yok | ☐ |
| 5. Biraz kötüleşti | ☐ |
| 6. Oldukça kötüleşti | ☐ |
| 7. Çok kötüleşti | ☐ |

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Hiç yok | ☐ |
| 2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor | ☐ |
| 3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor | ☐ |
| 4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor | ☐ |

ÖZGEÇMİŞ

Ceyda SARDOĞAN ilköğretim, ortaokul ve lise eğitimini İstanbul'da tamamlamıştır. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nden 2016 yılında bölüm 3.'üncüsü olarak ve yine aynı üniversitenin Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nden 2017 yılında yüksek onur derecesini alarak mezun olmuştur. Ayrıca, İstanbul Üniversitesi Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Psikoloji Bölümü Pedagojik Formasyon Sertifika Programını 2017 yılında tamamlamıştır. 2018 yılında İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji bilim dalında yüksek lisans programına başlamıştır. Belli bir süre Fransız Lape Hastanesi'nin psikiyatri kliniğinde hemşire olarak çalışmış olup, 2018 yılından itibaren Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaya devam etmektedir.