T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA HASTALIK YÖNETİMİ VE İYİLEŞME PROGRAMININ ETKİNLİĞİ

SELDA POLAT

DANIŞMAN
FATMA YASEMİN KUTLU

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2018

TEZ ONAYI

Bu çalışma 26.12.2018 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Hülya BİLGİN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Semra KARACA
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Özlem IŞIL
Bezmialem Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

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

SELDA POLAT



İTHAF

Biricik Eşim Alim'e,
Ve Canım Annem, Babam ve Kardeşlerime ithaf ediyorum…

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında benimle bilgi ve deneyiminin yanında manevi desteğini de esirgemeyen tez danışmanım ve değerli hocam Prof.Dr. Yasemin Kutlu'ya,

Tez projesine başlangıçtan bu yana bilgi, deneyim ve düşünceleri ile yol gösteren ve akademik gelişimime her zaman katkıda bulunan Doç. Dr. Gül Ünsal ve Doç. Dr. Hülya Bilgin'e,

Akademik gelişimime katkıda bulunan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki hocalarım Prof. Dr. Sevim Buzlu ve Doç. Dr. Leyla Küçük ve anabilim dalındaki tüm arkadaşlarıma,

Akademik gelişimime katkıda bulunan hocalarım Doç.Dr.Semra Karaca, Dr.Özlem Işıl ve Dr.Nevin Onan'a,

İstatistiksel analizlerde ve tezimin her aşamasında değerli katkılarından dolayı Doç.Dr.Bülent Kadri Gültekin'e,

Tezimin yapılmasını sağlayan ve benimle bu süreci paylaşan şizofreni tanılı hastalara,

Bu süreçte ve hayatımın her anında bana güç veren sevgili anneme, babama, ablam Hatice'ye, kardeşim Ayşegül'e, hayatıma anlam katan ve her zaman desteğim eşim Ali Polat'a çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. ŞİZOFRENİ 5
2.1.1. ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ 6
2.2. İŞLEVSELLİK VE YETİ YİTİMİ 6
2.3. HASTALIK YÖNETİMİ 8
2.4. İYİLEŞME 9
3. GEREÇ VE YÖNTEM 14
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 14
3.2. Araştırmanın Değişkenleri 14
3.3. Araştırmanın Hipotezleri 14
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı 14
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 15
3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları 15
3.7. Araştırma Süreci 17
3.8. Uygulamanın İçeriği 20
3.9. Araştırmanın Etik Yönü 25
3.10. Verilerin Analizi 25
3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri 26
4. BULGULAR 28

4.1. Katılımcıların Bireysel ve Hastalık Özellikleri.....29
5. TARTIŞMA.....40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....46
6.1. Sonuçlar.....46
6.2. Öneriler.....48
7. KAYNAKLAR.....49
8. FORMLAR.....58
ETİK KURUL KARARI.....81
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....85
ÖZGEÇMİŞ.....86

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo-3.1: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiki Analizler 26
Tablo-4.1: Çalışma ve Kontrol Grubu Hastaların Bireysel ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (N=50) 29
Tablo-4.2: Tablo-4.2 Çalışma ve Kontrol Grubu Hastaların HYİÖ'nün Ön Test, Son Test ve 1 Ay İzlem Puanlarının Karşılaştırılması (N=50) 31
Tablo-4.3: Çalışma ve Kontrol Grubu Hastaların HYİÖ, SİÖ ve SİÖ Alt Maddelerin Ön Test, Son Test ve 1 Ay İzlem Puanlarının Karşılaştırılması (N=50) 36

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-3.1:Araştırmanın Uygulama Şeması 19

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

HYİP-Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı (Illness Management and Recovery Programme)

HYİÖ-Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği (Illness Management and Recovery Scale)

SİÖ- Sosyal İşlevsellik Ölçeği (Social Functioning Scale -Patient Form)

ÖZET

Polat, S. (2018). Şizofreni tanılı hastalarda hastalık yönetimi ve iyileşme programının etkinliği. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, hastalık yönetimi, iyileşme, işlevsellik, yeti yitimi.

Bu araştırma, şizofreni hastalarında Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı'nın etkinliğini belirlemek amacıyla ön test, son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü araştırma deseninde gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini İstanbul İli'nde yer alan bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde şizofreni tanılı hastalar (25 çalışma, 25 kontrol) oluşturdu. Veriler anket formu, Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği, Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu ile Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında toplandı. Her iki gruba da ön test uygulandıktan sonra, çalışma grubuna 10 modül ve 20 oturumdan oluşan hastalık yönetimi ve iyileşme programı, kontrol grubuna ise herhangi bir program uygulanmadan 4 kez 10-30 dakika süren yüz yüze görüşme gerçekleştirildi. Oturumlar tamamlandıktan hemen sonra son test, 1 ay sonra da her iki grubun izlemleri yapıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistiksel analizler kullanıldı. Eğitim öncesi çalışma ve kontrol grubundaki hastaların bireysel özellikleri ve ölçek puanları arasında anlamlı fark olmayıp gruplar birbirine benzerdi. Eğitim sonrası Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği son test ve 1 ay izlem puanlarında ($p<0,001$); Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık düzeyi performans alt boyutlarında son test, 1 ay izlem puanlarında çok anlamlı fark saptandı. Eğitim sonrası çalışma grubunda Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu, sosyal uğraşı/çekilme, kişilerarası işlevsellik, bağımsızlık düzeyi yetkinlik alt boyutlarında son test, 1 ay izlem puanlarında anlamlı fark saptandı. ($p<0.05$). Sonuç olarak, Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programının şizofreni hastalarında hastalık yönetimi ve işlevsellik üzerine olumlu etkisi olduğu bulundu. Bu sonuçlar doğrultusunda, yapılandırılmış bu programın psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılmasının uygun olduğu önerildi.

ABSTRACT

Polat, S. (2018). The effectiveness of illness management and recovery program in patients with schizophrenia. İstanbul University-Cerrahpasa, Istanbul University Institute of Health Science, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Doctorate Dissertation, Istanbul.

Key Words: Schizophrenia, illness management, recovery, functioning, disability.

This study was planned as a research design with randomized controlled pre-test, post-test, control group and follow up determining the efficiency of Illness Management and Recovery Programme in schizophrenia patients. The sample of the study consisted of patients with schizophrenia (25 studies, 25 controls) at a Mental Health and Neurological Diseases Hospital in Istanbul. Data were collected between January-June 2017 with questionnaire form, the Illness Management and Recovery Scale, Social Functioning Scale-Patient Form. After the pre-test was applied to both groups, the study group consisted of 10 modules and 20 sessions of disease management and recovery program, while in the control group, a face-to-face interview. The post test and the follow-up were performed. Descriptive statistics and comparative statistics were used in data analysis. The results indicated no significant difference between the experimental and control groups at the baseline. There was very meaningful difference. When comparing the total points of IMRS, post-test and follow-up test points ($p<0.001$) and SFS-Patient Form, sub-scale post-test, 1-month follow-up scores were significantly different the IMRS was used in the last test and 1 month follow-up scores ($p<0.001$); SFS-Patient Form, Social Withdrawal, Relationships, Independence (Competence), sub-scale post-test, 1-month follow-up scores were significantly different ($p<0.05$). As a result, it was found that the IMR Programme have a positive effect on disease management and functionality in schizophrenia patients. In the light of this study, it was suggested that this structured program should be used by psychiatric nurses.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklardan biri olan ruhsal bozukluklar, kişisel bakım, sosyal ilişkiler, meslek hayatı ve boş zaman etkinlikleri gibi işlevselliğin çeşitli alanlarında bozulmalarla karakterizedir. Ruhsal bozukluğun tedaviye rağmen tam düzelmeyen inatçı belirtileri hastaların kişisel bakım, aile ve toplumsal ilişkiler, çalışma hayatı ve günlük faaliyetler gibi alanlarda işlevselliklerini farklı düzeylerde etkileyerek yeti yitimi oluşturur ve bu durum kişiyi engelli durumuna getirir. Kişilerin işlevselliğini ve buna bağlı etkilenen yaşam kalitelerini artırmak için yardıma gereksinimleri vardır (Sönmez 2009).

Ruhsal bozukluklar, özellikle yeti yitimine yol açan kronik bir hastalık olan şizofreni, ülkemizde tüm dünyada olduğu gibi hastalık yükü sıralamasında ilk on hastalık içinde yer almakta olup bireye, aileye ve topluma etki ederek insan yetisini uzun süreli düşüren bozukluktur (Yüksel ve Oflaz 2012, Gümüş 2006, Artuner ve ark.2008, Fardig ve ark. 2011).

Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi şizofrenide de hastalığın yönetimi önemlidir. Hastalık yönetimi; hasta ve sağlıklı bireylerin kişisel bakım gereksinimlerini, ayaktan ve yatarak tedavisi dahil tüm sağlık hizmetleri girişimlerini ve hastanın kendi bakımına katılımının önemli olduğu hastalıklar için geliştirilmiş bir sistemdir (Samuelson 2006, Tanlı 2008). Böylece kişilerin sağlık durumunun gelişmesi, yaşam kalitesi ve ekonomik sonuçların devamlı değerlendirilmesi ile kanıta dayalı rehberler ve kişileri komplikasyonlardan ve risklerden korumaya odaklanır

Şizofrenide hastalık yönetiminin amacı, hastaları beceri ile donatarak, strese duyarlılığın azaltılması ve relapsların önlenmesi, kişilerin üretken olması, hastalığı kontrol etmesi ve daha işlevsel bir yaşama doğru ilerleyerek iyileşmeleri için stratejiler geliştirilmesidir (Liberman 2008, Mueser 2013). Hastaların uzun süren tedavi süreçlerine aktif katılmaları ile tedavilerinde etkin bir rol alarak bireyselliklerinin desteklenmesi ve hastalığın gidişatını olumlu yönde etkilemektedir. (Yıldız 2001). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan bireylerin hastalıkları ile ilgili kontrolü geliştirmesi için bilişsel davranışçı psikoterapi, psikoeğitim, sosyal beceri programları ve aile girişimlerini içeren psikososyal girişimler kullanılmaktadır (Addington ve ark.2010). Son yıllarda bu alanda kullanılan “Hastalık yönetimi ve iyileşme programı

(HYİP-Illness Management and Recovery-IMR)", hastalık yönetim becerileri ve stratejilerine dayanmakta olup ağır ruhsal bozukluğu olan bireylere hastalıklarını yönetmek ve hedefler belirlemek, tedavide relapsları azaltmak ve semptomların tedavisinde etkili başa çıkma stratejileri geliştirmek için çalışanlar ile hasta/hasta yakınlarının işbirliği ile bireysel veya grup halinde yürütülen psikososyal müdahaleleri içermektedir (Corrigan ve ark. 2008, Gingerich, Mueser 2005,McGuire ve ark. 2014, McGuire ve ark.2015).

HYİP motivasyona dayalı psikoeğitim, sosyal beceri geliştirme, relapsları önleme, tedaviye bağlılığı geliştirme, stres ve semptom yönetimi, başa çıkma ve iyileşme üzerine temellendirilmiştir (Mueser ve ark.2002, Ginger ve Mueser 2005). On modülden oluşan programın her bir modülü; amaç, hedef, müdahale, öneriler ve iyileşme stratejilerini içermektedir (Mueser ve ark.2006, SAMHSA 2006). Bu program ruhsal hastalıklar hakkında daha fazla bilgi edindirme, tekrarlı yatışları ve dirençli semptomlarını azaltma, tutarlı ilaç kullanımını sağlamaktadır. Program şizofreni, bipolar affektif bozukluk ve majör depresyonda yaygın olarak kullanılmakta olup doktor, hemşire, sosyal çalışmacı ve psikolog uygulayabilmektedir.

Bu program ile yapılan kapsamlı çalışmalar hastaların, hastalıklarını yönetebilmeleri, kendi hedeflerini bulmaları, iyileşme ile bilinçli kararlar almaları ve tedavileri hakkında gerekli bilgi ve becerileri kazanmaları ile ilgili olumlu sonuçlar gösterdiğinden dolayı kanıta dayalı psikiyatrik bir rehabilitasyon programıdır (SAMHSA, 2009).

HYİP, şizofreni tanılı hastalarda iyileştirici etkisi olduğu randomize (Färdigve ark. 2011, Ohayon ve ark. 2007, Levitt ve ark., 2009) ve randomize olmayan çalışmalarda (Bullock' ve ark.2007, Fujita ve ark. 2010; Johnson, 2008, Salyers, Godfrey veark. 2009, Salyers, Hicks ve ark. 2009, Salyers ve ark. 2010, Salyers ve ark. 2011) gösterilmiştir.

Fardig ve ark. (2011) İsveç'te rehabilitasyon merkezlerinde ayaktan tedavi gören şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalara 9 ay boyunca 40 seans HYİP uygulamışlardır ve 21 ay takip etmişlerdir. Hastalık yönetimi ve iyileşme ölçeği, psikiyatrik semptomların görülmesi, yaşam kalitesi, başa çıkma, iyileşme, başlangıçtaki içgörü değerlendrilmesi 9 ay boyunca değerlendirilmiş ve sonra 21 ay boyunca hastalar takip edilmiştir. Programın içeriğini oluşturan on modülün hepsinde power point kullanmışlardır. Kontrol grubu ise eğlence ve terapötik aktivitelere erişim, destekleyici

faaliyetlere katılmışlardır. Araştırma sonunda, deney grubu kontrol grubuna göre daha fazla gelişim göstermiştir ve çalışmada HYİP'nın şizofreni hastalarında, hastalıklarını kendilerinin yönetmelerinde etkin olduğu bulunmuştur.

Ohayan ve ark. (2007) İsrail'de on üç psikiyatrik rehabilitasyon merkezinde tedavi gören 210 ruhsal bozukluğu olan hastaya HYİP uygulamış ve hastaların hastalıklarını daha iyi yönettiklerini bulmuşlardır.

Fujita ve ark. (2010) 25 şizofreni tanılı hastaya 60-90 dakikalık seanslarla haftada bir veya iki haftada bir yaklaşık iki sene HYİP'nı uygulamışlardır. Semptom yönetimi, işlevsellik, yaşam kalitesi, toplum içinde kendi başına yaşama ön-test ve son-test ile değerlendirilmiştir. Hastalarda gelişme görülmüştür ve bu programın Japonya' daki şizofreni hastalarında etkin olduğunu bulmuşlardır.

Mueser ve ark. (2006)'nın HYİP ile yaptıkları çalışmada kısa semptom envanteri, baş etme becerileri ölçeği, HYİÖ, iyileşme değerlendirme ölçeği, çok boyutlu sosyal destek ölçeği ve evrensel işlevsellik değerlendirme ölçeğini kullanmışlar ve programın şizofreni hastalarında iyileşmede ve işlevsellikte ilerleme, gelişim gösterdiğini ve hastaların hastalıklarını yönetme ve bireysel hedef oluşturmada etkin olduğunu bulmuşlardır.

Hasson ve ark. (2007) çalışmalarında HYİP'nın, hastalık yönetimi ve iyileşme ölçeği, sosyal destek ve baş etme üzerindeki etkinliğini incelemişler ve programın tek başına etki etmediğini fakat iyileşme ve kişisel hedef kurma açısından kişileri teşvik edici özelliği olduğunu bulmuşlardır. HYİP hasta versiyonu ve çalışan versiyonunun etkin olduğunu bulmuşlardır.

Aaron ve ark. (2009), HYİP uyguladıkları çalışmalarında, HYİÖ, psikososyal işlevsellik, yaşam kalitesi, kısa psikiyatrik derecelendirme ölçeği, alkol kullanımı, ilaç kullanımı ve suisidal tutumları incelemişler ve deney grubunun. anksiyete, depresyon, sıkıntılı semptomlarda kontrol grubuna göre daha düşük puan aldıkları ve daha fazla işlevsel olduklarını bulmuşlardır. Aynı zamanda bu programa devam eden hastaların inatçı belirtileri daha iyi yönetebildiklerini ileri sürmüşlerdir.

Mueser ve ark. (2002), yaptıkları bir gözden geçirme çalışmasında HYİP'nın hastalık yönetimi becerileri, psikiyatrik hastalıkların tedavisi, kişilerin psikiyatrik hastalıklardan iyileşmesinde önemli rol oynadığını bulmuşlardır ve sağlık profesyonellerinin bu yöntemi seçtiklerini belirtmişlerdir.

HYİP farklı ülkelerde kullanılmasına rağmen ülkemizde şizofreni hastalarında etkinliğini değerlendiren çalışmalar mevcut değildir. Bu çalışmanın amacı şizofreni tanılı hastalarda hastalık yönetimi ve iyileşme programının etkinliğini belirlemektir. Çalışma sonuçlarının ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

Kronik ruhsal bozukluk bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında uygunsuzluk ve yetersizlik ile birlikte kişisel bakım, toplumsal ilişkiler, meslek hayatı ve boş zaman etkinlikleri gibi işlevselliğin çeşitli alanlarında bozulmalar olarak tanımlanmaktadır (Dikeç 2014, Sönmez2009).

Kronik ruhsal bozukluklar için yapılandırılmış tanımlamaların çoğu hastalarda ruhsal bir bozukluk tanısının var olduğu ve bu bozukluğun uzun süreli ve ya kalıcı olduğu ve beklenen role uyumda yetersizliklerin olduğunu tanımlar (Eryıldız 2008).

Ruhsal bozukluklar, ülkemizde de tüm dünya da olduğu gibi hastalık yükü sıralamalarında ilk on sırada yer almakta olup birey, aile ve toplumu en çok etkileyen, insan yetisini etkileyerek büyük ekonomik yitimlere neden olmaktadır (Yüksel ve Oflaz 2012).

2.1. ŞİZOFRENİ

Birey, aile ve toplum açısından en yıkıcı ruhsal bozukluk olan şizofreni kişinin düşünce, duygu, algı, dikkat, yargılama, motor davranışlar gibi alanlarda ve klinik, bilişsel, sosyal ve mesleksel bozulmaya yol açan toplumun %1'inde görülen bir hastalıktır (Deveci ve ark.2007, Arslan ve ark.2015, Emiroğlu 2009, Öztürk, Uluşahin 2008, Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Şizofreni hastalığının yaşam boyu yaygınlığı ortalama %1 ve yaşam süresi diğer popülasyona göre % 20 daha kısa olup kişisel ve ekonomik sorunlara yol açmaktadır (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018)

Şizofreni hastalığı sanrı ve varsanıları içeren pozitif belirtiler, istek ve enerjinin azalması, düşünce ve konuşma fakirliği, anhedoni ve duygularda küntleşme gibi negatif belirtilerden oluşmaktadır.

2.1.1. ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ

Şizofreni hastalığının hiçbir belirtisi tek başına tanı koydurucu değildir (Öztürk, Uluşahin 2008).

Hastalığın genellikle genç yaşta başlayıp uzun sürmesi, hem hastalarda hem ailelerinin üzerindeki olumsuz etkilere sebep olması ve toplum tarafından damgalanması nedeniyle bireylerin sosyal yönünü de etkilemektedir. Kişide görülen ilk psikotik atağın başlangıç yaşı, hastanın tedaviye uyum ve yanıtı, hastanın sosyal becerisi ve kişilerarası işlevselliği ile yineleyen atakların sıklığı hastalığın gidişatını etkileyen etmenlerdir (Eren 2006, Yavuz 2008).

Genellikle yaşam boyu süren birey, aile ve toplum açısından en yıkıcı ruhsal hastalıklardan biri olup yaşam kalitesi ve sosyal, mesleki işlevlerde ciddi sorunlara yol açmaktadır. Bu özelliklerinden dolayı birden çok tedavi yönteminin birlikte uygulanmasını gerektiren bir hastalıktır (Deveci ve ark.2007, Yıldırım ve ark.2010, Fardig ve ark.2011).

Şizofreni hastalarında tedaviye uyumsuzluk, hastaneye yeniden yatış, mesleki, ailesel ve toplumsal sorunlar oluşması ile birlikte sosyal işlevselliği etkileyerek hastanın yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (Dikeç ve Kutlu 2015). Bunun yanı sıra şizofreni hastalarında ilaca uyumsuzluk, hastalığın tekrar etmesi açısından önemli bir etken olmasına rağmen tek başına yeterli değildir. Tedavide en etkin yöntem ilaç tedavisinin çeşitli, ruhsal ve toplumsal müdahaleler ile desteklenip, bütünleştirilmelidir (Schooler 2006). Şizofreni tanısı almış bireylerin hastalıkları, tedavileri ve hastalıkları ile yaşama ve otonomi sahibi olabilmeleri için eğitilmeleri tedavilerinde önem taşımaktadır. Hastalıkların tedavi sürecinde aktif katılmaları, sorumluluk almalarını sağlayarak hastalığın gidişini olumlu yönde etkilemektedir (Yıldız 2001).

2.2. İŞLEVSELLİK VE YETİ YİTİMİ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000'li yıllarda işlevsellik, yeti yitimi ve sağlığı çok boyutlu bir biçimde sınıflandırarak ele almıştır. Tıbbi rehabilitasyon işlevsellik, yeti yitimi ve engellilik ile ilişkilendirilmiştir ve genel olarak yeti yitimini ve bulguları en aza indirmek, hastanın sağlığını ve işlevselliğini en uygun durma getirmeyi amaçlamıştır (http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yeti_yitimi_islevsellik.htm).

Şizofreni hastalarında sosyal işlevselliğin bozulması hastalığın ayırt edici özelliklerinden biri olup DSM V'de şizofreni tanı kriterleri arasında da yer almaktadır ve sosyal işlevsellikteki artışın hastaların iyileşme kriteri olarak belirtilmiştir (DSM V, Birchwood 1990, Aşık, Ünsal 2016).

Ruhsal hastalıklarda görülen hastalık bulgu ve belirtileri, hastaların uyum sağlama becerilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ciddi ruhsal bozukluklar sürekli veya yenileyici özellikte olup hastalığın tekrarlama riski olmaksızın iyileşme hali nadirdir ve özellikle şizofreni tanısı almış kişilerde hastalığın kronikleşme ihtimali fazladır (Eryıldız 2008, Sönmez 2009). Şizofreni hastalığının temel özelliklerinden biri psikososyal işlevsellikte ciddi sorunlar oluşmasıdır (Fardig ve ark. 2011) ve hastalar sosyal rollerini yerine getirme, sosyal etkileşim durumlarında kendi bireysel gereksinimlerini karşılamakta güçlük çekmektedirler. Bu durumun hastalığın gidişatı ve sonuçları üzerinde büyük rolü bulunmaktadır (Barrowclough, Tarrier 1990) ve kişilerin hastalıkları boyunca sürebilmekte olup hastalık başlangıcından önce var olan bu belirtiler uzun dönemde hastalığın gidişatını etkilemektedir (Erol ve ark. 2009, Kaya 2013). Şizofreni hastalarında sosyal işlevsellik; negatif ve pozitif belirtiler, sosyal davranışlar ve çevresel etmenlerden etkilenmektedir (Mueser 2000). Sosyal işlevsellik düzeyinin belirlenmesi hastaların, iyi bir klinik tedavi planı ve hastanın topluma kazandırılması için önemlidir. (Addington 1999).

Şizofreni hastaları, sosyal ilişkileri, günlük yaşam becerileri, aile ve çevreleri ile kişilerarası ilişkileri ve finansal yönetim becerilerinde ciddi sorunlar yaşamaktadırlar (Emiroğlu ve ark.2009). Hastaların sosyal işlevsellikleri değerlendirirken bireyin sosyal sorumlulukları, tutarlı kişilerarası ilişkiler davranışı, günlük yaşam becerileri, sosyal aktivitelerinde, iş ve mesleki sorumlulukları, finans yönetimi, tedaviye uyumu ve ilaç kullanımını yerine getirip getiremediği değerlendirilir. Kişilerin bu alanda yaşadıkları sorunlar bireyin bağımsız yaşamını etkileyerek yeti yitimine neden olmaktadır.

Yeti yitimi bedensel ve ruhsal hastalıklara bağlı olarak kişinin iş görememe durumudur. (Uluğ ve ark.2001). Yeti yitimi bulunan kişilerin bir hastalık veya bozukluğu olup tedaviye rağmen süren inatçı belirtileri ve tam düzelmeyen, öz bakım, günlük aktiviteleri, aile, toplum ve sosyal ilişkileri kısaca sosyal ve mesleki alanlarındaki işlevselliklerini etkilemektedir ve hastalık öncesi duruma gelmelerine

engel oluşmaktadır. Bu durum bireylerin rol performansında ortaya çıkan kısıtlılıklar nedeniyle kişiyi engelli duruma getirirler (Sönmez 2009). Bu yeti yitimleri dışında ilaç yan etkileri uzun süre hastanede kalma gibi toplumsal yeti kaybı gibi neden olunmuş engellerde bulunmakta olup, yeti yitimin azaltılması ve ya iyileştirilmesi ile bireyin engellilik durumunun da değişmesi beklenmektedir (Yıldız 2004). 2010 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan Global Hastalık Yükü çalışmasına göre şizofreni en fazla yeti yitimine sebep olan ruhsal bozukluk olup, nokta yaygınlığı%0.21-0.7'dir. (Özçelik ve ark.2018, Öztürk, Uluşahin 2008).

2.3. HASTALIK YÖNETİMİ

Kronik hastalıkların kişiler ve dolayısıyla toplum üzerinde gerçekleşen etkileri oldukça yüksek olup bazılarının önlenebilir olması, çoğunun yaşam boyu tedavi gereksinimlerinin olması, tedavide sorumlulukların sağlık çalışanları ve hasta tarafından paylaşılmasının gerekliliği, komplikasyonların önlenebilir olması, sağlık çalışanı ve hasta eğitiminin önemli rolü bulunmaktadır.(Tanlı 2008) Bu nedenle Kronik hastalıkları olan bireylerin hastalıklarını yönetmek ve devam eden tedavilerine ulaşmaları için bilgi ve beceri ile donatılmaları gerekmektedir (Lin ve ark.2013).

Hastalık yönetimi bireylerin tedavilerinde pasif durumdan aktif duruma geçmeleridir (Tanlı 2008). Hastanın kendi tedavisine aktif katılımı önemlidir. Bilinçli karar verebilmesi için bozukluğun (hastalığın) doğası, tedavi seçenekleri ve kendi hakkında hem olumlu hem olumsuz temel bilgileri birlikte öğrenmesi gerekmektedir (Corrigan ve ark.2008).

Şiddetli ve inatçı ruhsal bozukluklardan biri olan şizofreni hastaları hastalıklarının belirtileri nedeniyle engellenmekte ve toplumda var olmaları zorlaşmaktadır. Diğer bireylerle aynı isteklere sahip olmalarına rağmen sadece hastalıkları değil toplum tarafından da engellemelere bağlı olarak da isteklerini gerçekleştirmede sorun yaşamaktadırlar (Morgan ve ark.2007). Bu nedenle hasta bireylerin bireysel iyileşmelerini destekleyen ve kendi hastalıkları ve yaşamlarında söz sahibi olmaları, iş, ev, sosyal ve toplumsal rollerini yerine getirmelerinde kendi hastalıklarını yönetebilmelerinin önemli etkisi bulunmaktadır (Mueser ve ark. 2006, Roosenschoon ve ark.2016).

Hastalık Yönetimi ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapma, tedaviye uyumu arttırmak, hastalıklarına karşı duyarlılığı azaltma ve hastalık belirtileriyle etkin bir şekilde başa çıkmalarını sağlamaktadır. Ruhsal hastalığı olan bireyler, kendi kişisel hedeflerini belirleme ve buna göre güçlü yönleri ve yeteneklerini keşfettiklerinde hastalıklarının önüne geçerek bireyselleşmeleri sağlanarak iyileşme meydana gelmektedir (Mueser ve ark.2002, Lin ve ark.2013,Mueser ve ark.2002).

2.4. İYİLEŞME

Şizofreni hastalık öncesi veya hastalığın ilk evrelerinde hastalarında dikkat, yürütücü işlevler, sözel bellek ve akıcılık gibi birçok işlevsel alanlarda bozulmalar yaşanmaktadır (Yıldız 2004). Şizofreni hastaları, sosyal ilişkileri, günlük yaşam becerileri, aile ve çevreleri ile kişilerarası ilişkileri ve finansal yönetim becerilerinde ciddi sorunlar yaşamaktadırlar (Emiroğlu ve ark.2009). İyileşme kişinin remisyonda olması ve sadece kısa ve uzun süreli hastalık belirtilerini ortadan kaldırmak olmayıp aynı zamanda bireyin önemli olarak tanımladığı alanlarda kişisel ve sosyal başarısını da içermektedir. İyileşme bir süreçtir ve önemli olan her bireyin iyileşmeye yüklediği kişisel anlamdır (Mueser ve ark.2002)

Bireylerin iyileşmeye doğru ilerlemesi umutlu olma, söz sahibi olma, kendini kabul etme, farkındalık, sağlık profesyonelleri ile işbirliği, özerklik ve özdenetim duygusu ve kendi kendine yardım ve profesyonellerce sürdürülen programlara katılmayı içermektedir. Bu programlara katılıyor olmak kişinin iyileşme ölçütleri gerçekleşene kadar kendini güçlü ve umutlu hissetmesine de yardımcı olmaktadır (Liberman ve ark.2005)

Anthony'e göre iyileşme "Kişinin ruhsal hastalığın olumsuz etkilerinin ötesine geçtiği zamanda yeni anlam ve amacın gelişimini içerir. İyileşme semptomların kısa veya uzun süreli bir rahatlama değil, bunların yanı sıra sosyal başarı ve kişisel başarıyı da içermektedir'' (Mueser 2002).

Şizofreni hastalığının geleneksel yönetiminde hastalık belirtileri ve nörobilişsel işlevlere odaklanılmaktadır. Fakat son yıllarda fonksiyonel iyileşmeye odaklanan kapsamlı modeller bulunmaktadır (Lahera ve ark.2018). Şizofreni hastalarında iyileşme,

başlıca belirtilerin düzelmesi, sağlıklı olma ve tedavilerine yönelik iş görü kazanmaları ile birlikte sosyal ortamın sağlanması, gelişmiş akran ilişkileri ile birlikte sosyal ve mesleki işlevselliğe sahip olmaları ve öz yönetimide kapsayan işlevselliğin normalleşmesidir (Liberman 2008, Emiroğlu ve ark.2009, Laheral ve ark. 2018).

Liberman ve Kopelowicz (2002) yaptıkları çalışmada iyileşmeyi umutlu olmayı güçlendirme, kendini kabul etme, iç görü, farkındalık yarı zamanlı iş okul/eğitim gibi etkinliklerinin olması, tedavileri ve finansal konuda öz kontrol sahibi olmaları, arkadaşları, sosyal çevresi ile haftada en az bir kere buluşması ve tedavilerine aktif katılımları olarak tanımlamışlardır (Liberman, Kopelowicz 2005). İyileşmede önemli olan şey her kişinin iyileşmeye bağladığı anlamdır (Mueser 2002).

İşlevsellik hastaların iyileşme sürecini değerlendirmede önemli bir gösterge olup bireylerin işlevselliği becerileri ile doğrudan ilişkili olup bu becerilerin arttırılarak, iyileştirilmesi veya yeni becerilerinin kazandırılması işlevselliği arttıracaktır (Yılmaz 2016, Yıldız 2001).

Şizofreni hastalarında yeti yitimi ve işlevsellik kaybı en sık ve ağır biçimde ortaya çıkmakta olup farmakolojik tedavinin, biyolojik tedavilerin pozitif ve negatif semptomlarda önemli ölçüde düzelme sağlamasına rağmen tek başına yeterli bir iyileşme sağlamadığı, sosyal işlevsellikteki bozulma ve yeti yitimi üzerinde fazla etkisi olmamaktadır (Eryıldız 2008).

Hastalık Yönetimi ve İyileşme, bireylerin kişisel hedeflerini gerçekleştirmelerini ve bu durumu sürdürmelerine yardımcı olmak üzere, hastalık belirtilerini ve nüksetmeleri azaltarak bireye yardımcı olmaktadır (Mueser ve ark.2002).

Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan bireylerin hastalıkları ile ilgili kontrolü geliştirmesi için tedavilerinde, ilaç tedavisine ek olarak uygulanan bilişsel davranışçı psikoterapi, psikoeğitim, sosyal beceri programları ve aile girişimlerini içeren psikososyal girişimlerin hastalık belirtilerinin iyileşmesine ve işlevselliğin artmasına yardımcı olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Addington ve ark. 2010, Söğütoğlu 2014, Park ve ark.2011). Son yıllarda bu alanda kullanılan "Hastalık yönetimi ve iyileşme programı-HYİP (Illness Management and Recovery-IMR)", hastalık yönetim becerileri ve stratejilerine dayanmakta olup ağır ruhsal bozukluğu olan

bireylere hastalıklarını yönetmek ve hedefler belirlemek, tedavide relapsları azaltmak ve semptomların tedavisinde etkili başa çıkma stratejileri geliştirmek için çalışanlar ile hasta/hasta yakınlarının işbirliği ile bireysel veya grup halinde yürütülen psikososyal müdahaleleri içermektedir (Corrigan ve ark. 2008, Gingerich, Mueser 2005,McGuire ve ark. 2014, McGuire ve ark.2015).

2.5. ŞİZOFRENİ TEDAVİSİNDE PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Şizofreni tedavisinde, farmakolojik ve psikososyal tedavi yaklaşımlarının bütünleştirilmesi önemlidir. Şizofreni hastalarında toplumsal ilişkilerde yetersizlik, yaşam kalitesinde bozulma, bilişsel belirtiler, sosyal ve mesleki alanlarda yaşanan güçlükler nedeniyle ilaç tedavisinin yanı sıra hastalara verilen bilişsel davranışçı terapiler, psikoeğitim, sosyal beceri programları ve aile eğitimleri gibi psikososyal girişimlerin hastalık belirtilerinin iyileşmesine ve işlevselliğin artarak hastaların topluma yeniden katılımında etkili olduğu saptanmıştır (Addington ve ark.2010, Davis ve ark. 2015). Ülkemizde 2011 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı kapsamında hastaların işlevselliğini arttırmaya yönelik psikososyal girişimler önem kazanmakta olup psikiyatri hemşirelerinin danışmanlık ve eğitim rolleri ön plana çıkmıştır (T.C. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, sayı: 6114, 17.02.2011). Mevcut çalışmada uygulanan Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programını (HYİP) doktor, hemşire, sosyal çalışmacı ve psikolog uygulayabilmektedir (Epsten ve ark. 2013).

2.6. HASTALIK YÖNETİMİ VE İYİLEŞME PROGRAMI (HYİP)

Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programı (HYİP) motivasyona dayalı psikoeğitim, sosyal beceri geliştirme, relapsları önleme, tedaviye bağlılığı geliştirme, stres ve semptom yönetimi, başa çıkma ve iyileşme üzerine temellendirilmiştir (Mueser ve ark.2002, Ginger ve Mueser 2005).

HYİP, şizofreni ve diğer ağır ruhsal hastalığı olan bireylerin hedeflerini gerçekleştirme ve bu durumu sürdürmelerine yardımcı olmak üzere hastalıklarını yönetme ve iyileşmelerine odaklanmaktadır. Hastalığın relapsını ve belirtilerini önleme, uzun süreli remisyon elde etme, tedavisinde çalışanlar ile hasta/hasta yakınlarının iş birliği ile bireysel ya da grup halinde yürütülen yapılandırılmış, müfredata dayalı

psikososyal müdahaleleri içermektedir (Lan Lin ve ark. 2013, Barber 2012, Mueser veark 2002, McGuire ve ark. 2013, Corrigan ve ark.2008, Dalum ve ark.2018, Gingerich ve Mueser 2005, McGuire ve ark.2015, Fardig 2012, Roosenschoon ve ark. 2016, Whitley ve ark. 2009). Ruhsal hastalığa sahip bireylerin sadece hastalık belirtilerini yönetmek ile kalmayıp yaşama, çalışma, öğrenme ve topluma tam olarak katılabilmesi ile iyileşmenin üzerine odaklanmaktadır (Mueser ve ark. 2006, Fardig ve ark. 2011).

İyileşmenin geleneksel tanımı hastalık belirtilerinin remisyonu ve önceki işlevselliğe geri dönmedir. Şizofrenide ilaç tedavisi ile iyileşme dışında işlevselliğin iyileştirilmesini vurgulamaktadır ve bu da umut, sosyal ilişkiler, kişisel sorumluluk almayı kapsamaktadır (Mueser ve ark. 2006).

HYİP süresince bireyin hastalığını yönetmesi ve kişisel iyileşme hedefleri gözden geçirilir, değerlendirilir ve güncellenir. Problemlerini ve deneyimlerini kavramsallaştırma konusunda bireylere yardımcı olur (Fardig 2012).

HYİP ile hastaların hastalık yönetimi yolu ile daha fazla otonomi sahibi olması, hastalık belirtilerinin daha fazla kontrol altına alınması ve iyileşmelerine destek olmayı amaçlanmaktadır. HYİP. bireylerin sorunlarının farkına varmasını kolaylaştırarak, karar alabilmeleri ve bu değişimlerini sürdürmelerini sağlamaktadır (Roosenschoon ve ark.2016, Bartholomew ve Kensler 2010).

Bu program ile yapılan kapsamlı çalışmalar hastaların, hastalıklarını yönetebilmeleri, kendi hedeflerini bulmaları, iyileşme ile bilinçli kararlar almaları ve tedavileri hakkında gerekli bilgi ve becerileri kazanmaları ile ilgili olumlu sonuçlar gösterdiğinden dolayı kanıta dayalı psikiyatrik bir rehabilitasyon programıdır (SAMHSA, 2009).

HYİP farklı konuları ele alan modüllerden oluşmaktadır ve modüller gün geçtikçe yapılan çalışmalar doğrultusunda genişletilmiştir (Mueser ve ark.2006, SAMHSA 2006). Ruhsal hastalıkların hem biyolojik hem de psikososyal stresörlerden nasıl etkilendiğine dayanan strese duyarlılık modelinde kişinin stres oluşturan durumlarını azaltmak, bununla beraber relapsları önleme planları gibi iyileşme stratejilerine dayanan modülünün yanı sıra üçüncü düzenlenmiş hali ile on bir modülden

oluşan programın her bir modülü; amaç, hedef, müdahale, önerileriler ve iyileşme stratejilerini içermektedir (McGuire ve ark. 2014,Mueser ve ark.2006, SAMHSA 2006, Beentjes ve ark.2016). Çalışmamızda SAMSHA programı dahilinde on modül olan program uygulanmıştır. Bu program ruhsal hastalıklar hakkında daha fazla bilgi edindirme, tekrarlı yatışları ve dirençli semptomların azaltma, tutarlı ilaç kullanımını sağlamaktadır. Program şizofreni, bipolar affektif bozukluk ve majör depresyonda yaygın olarak kullanılmakta olup doktor, hemşire, sosyal çalışmacı ve psikolog uygulayabilmektedir (SAMHSA 2009, Fujita ve ark.2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma şizofreni tanılı hastalarda HYİP'nın hastalık yönetimi ve sosyal işlevsellik üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön-test, son-test kontrol gruplu ve izlemli deneysel araştırma deseninde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkeni HYİP; bağımlı değişkenleri HYİÖ ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) puanıdır. Kontrol değişkeni olarak, tedaviye uyumu en çok etkileyen faktörlerden; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvence sahibi olma, birlikte yaşadığı kişiler, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı alındı.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1. HYİP uygulanan şizofreni hastalarının son test HYİÖ puanı HYİP uygulanmayan şizofreni hastalarına göre daha yüksek olacaktır.

H2. HYİP uygulanan şizofreni hastalarının bir ay izlem HYİÖ puanı HYİP uygulanmayan şizofreni hastalarına göre daha yüksek olacaktır.

H3. HYİP uygulanan şizofreni hastalarının son test Sosyal İşlevsellik Ölçeği puanı HYİP uygulanmayan şizofreni hastalarına göre daha yüksek olacaktır.

H4. HYİP uygulanan şizofreni hastalarının bir ay izlem Sosyal İşlevsellik Ölçeği puanı HYİP uygulanmayan şizofreni hastalarına göre daha yüksek olacaktır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Ocak 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma verileri, Ocak 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın ve Erkek servislerinde yatan şizofreni tanılı hastalardan elde edildi. HYİP'nın modül oturumları servislerde grup teraplerinin uygulandığı ortamda yapıldı.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini acil servis ve polikliniken kadın ve erkek servisine yatışı yapılan şizofreni tanılı hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini belirlemek için power analizi yapıldı ve en az 50 hastanın örneklem grubunu oluşturabileceğine karar verildi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 60 hasta belirlendi. 10 hastanın araştırmaya dahil edilme aşamasında araştırmadan ayrılması ile veriler 50 hastadan elde edildi (25 çalışma, 25 kontrol grubu). Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- 18-65 yaş arasında olan,
- DSM-V'e göre şizofreni tanısı olan,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Hastalığın akut belirtileri olmayan, akut tedavisi tamamlanmış, idame ilaç tedavisi döneminde olan,
- Kendileri ve/veya aileleri tarafından grup eğitimine katılmasına onaya veren,
- Yatarak tedavi gören,
- Psikotik alevlenme döneminde olmayan, mental retardasyonu, organik beyin hasarı, alkol ve madde etkisinde olmayan, işitme ve görme engeli olmayan hastalar olarak belirlendi.

3.5.1. Randomizasyon: Çalışma ve kontrol gruplarının belirlenmesinde seçim yanlılığını azaltmak için araştırmada doğrudan rolü olmayan üçüncü bir şahıs tarafından bir liste oluşturuldu ve rastgele sayılar tablosundan randomizasyon yöntemi ile çalışma ve kontrol grubu atamaları yapıldı (http://www.stattrek.com/statistics/random-number-generator.aspx).

3.6. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

Araştırmada Kişisel Bilgi formu, Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği (HYİÖ) ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu (SİÖ) kullanıldı.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu: Araştırmada literatür doğrultusunda ve uzman görüşü alarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanıldı. Anket formu, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek ve çalışma durumu, sosyal güvencesi, birlikte yaşadığı kişiler, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, alkol ve madde kullanımı sorularını içeren toplam 11 sorudan oluşmaktaydı (Ek-1).

3.6.2. Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği (HYİÖ): Hasta ve çalışanlar için versiyonu olan Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği Dartmouth Psikiyatrik Araştırma Merkezinde Mueser ve ark. tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir (Mueser ve ark. 2004). HYİP'da hasta ve çalışanlara şiddetli ruhsal hastalıklarda strateji oluşturmayı hedeflemektedir. 15 maddelik davranışsal temelli 5 puana dayalı hasta ve çalışan versiyonu olan bir ölçektir. Bu maddeler 1. Gelişim-Kişisel (ilerleme) hedefler, 2. Ruhsal hastalıklar hakkında bilgi, 3. Aile ve arkadaşların katılımı, 4. Aile dışındaki diğer bireyler ile iletişim, 5. Yapılandırılmış rollerde zaman geçirme, 6.Sıkıntılı semptomlar, 7. İşlevsel bozukluk, 8. Relaps önleme planı, 9. Semptomların relapsı, 10. Psikiyatrik hastaneye yatış, 11. Baş etme, 12. Kendi başına aktiviteye katılım, 13. Efektif ilaç tedavisini kullanma, 14. Alkol kullanımı ile işlevselliğin etkilenmesi, 15. İlaç kullanımı ile işlevselliğin etkilenmesini içermektedir (Ohayan ve ark.2008, Salyers ve ark.2007, Lewitt ve ark.2009). Önceki çalışmalarda hasta versiyonu için Cronbach alfa 0.72, çalışan versiyonu için 0.82 olup test- re-test güvenirliliği 2 haftada 0.81 bulunmuştur. Toplam puanın artması hastanın hastalık yönetimi ve iyileşmesinin iyi olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Polat, Kutlu ve Gültekin tarafından (Ek- 4) yapılmıştır. Çalışmamızda HYİP uygulanan hasta grubunda Cronbach alfa 0,74 belirlendi (Ek-2).

3.6.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu (SİÖ): Max Birchwood ve ark. tarafından (1990) geliştirilmiş olan ölçek, sosyal çekilme, kişiler arası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık-yetkinlik, bağımsızlık-performans, iş-meslek olmak üzere yedi alt bölümden oluşur.

1. Sosyal uğraşı/ sosyal geri çekilme: Yalnız geçirilen zaman, karşılıklı konuşmaya başlayabilme, yabancıların varlığında davranışı ölçer. Toplam 5 maddeden oluşur. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-15'tir.

2. Kişilerarası işlevsellik: Arkadaş sayısı, heteroseksüel ilişki, iletişimin niteliğini ölçer. Toplam 4 madde vardır, 1. ve 2. madde birleştirilir. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-9'dur.

3. Öncül sosyal etkinlikler: Sıralanan 22 etkinliğin son 3 ayda ne sıklıkta yapıldığına göre puanlama yapılır. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-66'dır.

4. Boş zaman etkinlikleri: Sıralanan 15 etkinliğin son 3 ayda ne sıklıkta yapıldığına göre puanlama yapılır. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-45'tir.

5. Bağımsızlık-yetkinlik: Sıralanan 13 etkinlik için hastanın son 3 aydaki yeterliliğine göre her madde 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-39'dur.

6. Bağımsızlık-performans: Sıralanan 13 etkinliğin son 3 ayda ne sıklıkta yapıldığına göre puanlama yapılır. Her madde 0-3 arasında puanlanır. Toplam puan aralığı 0-39'dur.

7. İş/ meslek: Tam gün gelir getiren bir işte çalışma ya da tam gün öğrenci olma 10 puan, yarım gün gelir getiren bir işte çalışma veya ev işçiliği veya ebeveynlik yapabilme 9 puan, yakın zamana kadar bir işte çalışmış olma ve işten çıkarılma sonucu aktif iş arama 8 puan, rehabilitasyon programı veya meslek edindirme programına devam etme 7 puan olarak değerlendirilir. Bu bölümde eğer ilk iki maddeden biri karşılanmışsa, asteriks bulunan maddeler dikkate alınmaz. İlk iki madde karşılanmıyorsa asteriksli maddeler değerlendirilir. Toplam puan 0-10 aralığındadır (Erakay 2001).

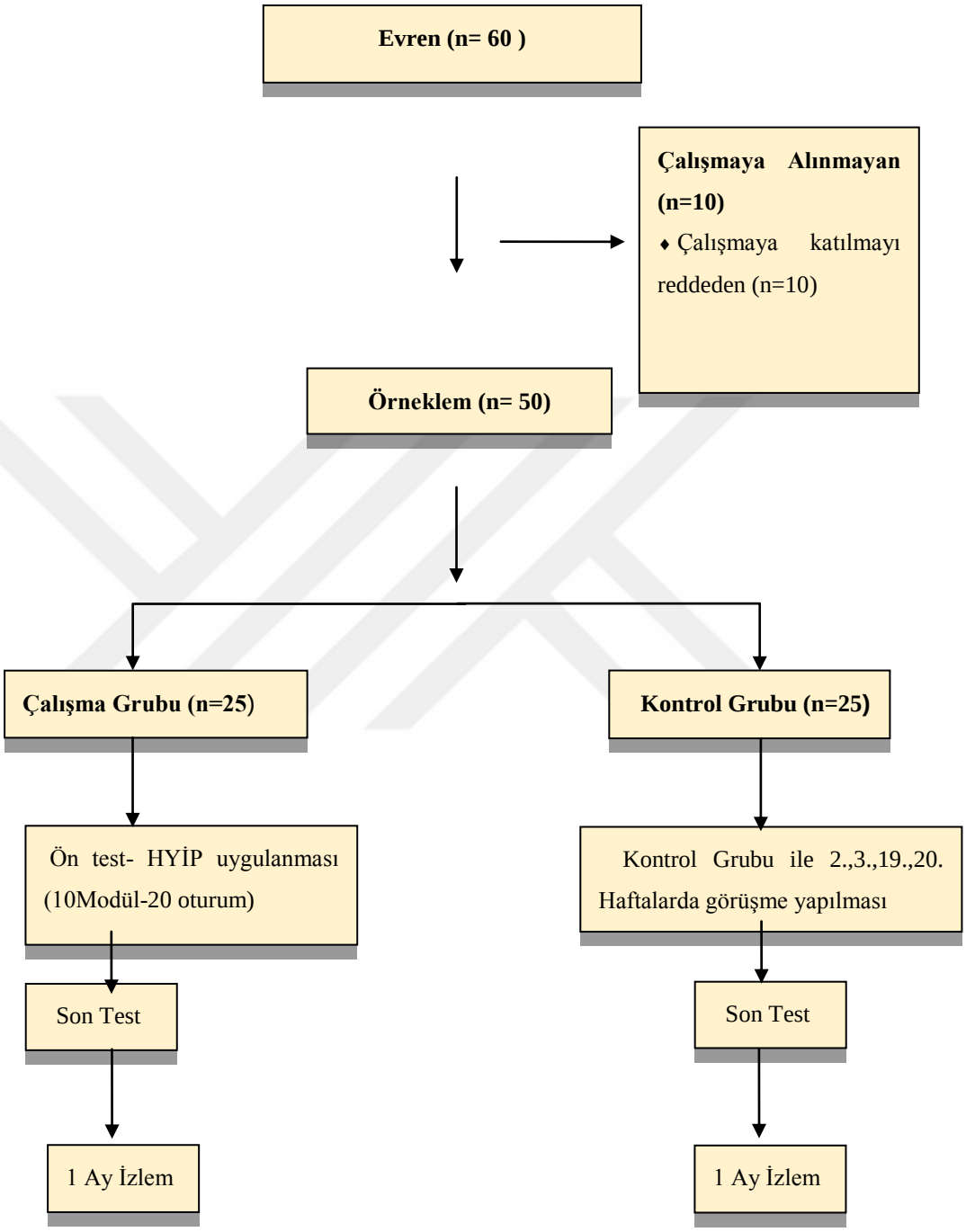
Alt ölçeklerden alınan puanların yüksek olması işlevsellikte olumluya doğru gidişin olduğunu göstermektedir (Baysal ve ark.2013). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Yaprak Erakay (2002) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin hasta formu kullanıldı ve Cronbach alfa 0,90 olarak belirlendi (Ek-3).

3.7. Araştırma Süreci

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 60 kişi belirlendi. Randomizasyon öncesi 10 kişi araştırmaya katılmayacağını bildirdi. 50 kişi randomizasyon yöntemi ile çalışma ve kontrol gruplarına atandı. Çalışma ve kontrol gruplarına ön test uygulandı. Daha sonra çalışma grubuna 10 modül ve yirmi oturumdan oluşan ve her bir oturumu yaklaşık 60 dakika süren HYİP ile girişimde bulunuldu. Eğitimlere %80 katılım gerekli olup,

oturumlara devamsızlığı olan hastalar oldu. Bu hastalar için eğitimler tekrarlandı ve programı tamamladılar. Eğitimler 3 grup halinde uygulandı. 1. Grup 8 kişi, 2.grup 9 kişi, 3.grup 8 kişiden oluştu. Yirmi oturumluk süreç için de kontrol grubundaki hastalarla dört kez 10-30 dakika süren, yüz yüze görüşme yapılarak araştırmacının etkileşimde bulunması sağlandı. Bu süreç içerisinde hem çalışma hem de kontrol grubu ilaç tedavileri, doktor kontrolleri, uğraşı aktiviteleri, psikoeğitimi içeren rutin tedavilerine devam etmekteydiler. Çalışma grubuna uygulanan HYİP oturumları tamamlanınca ve bir ay sonra hem çalışma hem kontrol grubuna son testler uygulandı. (Şekil 3.1).

Çalışmanın uygulama şeması aşağıda gösterilmiştir (Şekil-3.1).



Şekil-3. 1: Araştırmanın Uygulama Şeması

3.8. Uygulamanın İçeriği

HYİP on modülden oluşmaktadır. Modüler aşağıdaki gibidir:

1.Modül: İyileşme stratejileri: Bu modül dört seanstan oluşmaktadır;

- 1.Seans: İyileşmenin önemi
- 2.Seans: İyileşme sürecinde insanlara neler yardımcı olur?
- 3. Seans: Doğru hedefler belirlemek
- 4.Seans: Hedeflere ulaşmak için stratejiler gerçekleştirmek

Ruhsal hastalıklarda iyileşmenin ne anlama geldiği tanımlanır. Hastalar kendi iyileşmelerini tanımlarlar ve hangi iyileşme stratejilerini kullandıklarını açıklar. Yaşamlarındaki memnuniyet alanları derecelendirilir ve memnun olmadıkları iki alanı ve bunu nasıl geliştirebilecekleri ve bireylerin iyileşme hedeflerini tanımlamalarını ve hedeflerini küçük adımlara bölerek hedeflere ulaşmalarına yardımcı olur. Bu aşamada problem çözme ve hedef belirleme adımları birlikte gözden geçirilir. Uygulamamızda 4 seans 2 seansa dönüştürülüp 2 seans olarak yapıldı.

2.Modül: Ruhsal hastalıklar hakkında uygulanabilir pratik gerçek bilgiler: Dört seansdan oluşmaktadır.

1.Seans: Ruhsal hastalıkların tanısı, başlangıcı ve gidişatını anlamak

2. Seans: Şizofreni hastalığı ile ilgili pratik gerçekler

3.Seans: Duygudurum bozuklukları ile ilgili pratik gerçekler

4.Seans: Ruhsal hastalıkları olan kişilere karşı toplumun davranışları

Bu oturumda ruhsal hastalıklar hakkında pratik, gerçekçi bilgiler, hastalığın tanısı nasıl konur, belirtileri ve prevelansı hakkında bilgilendirme yapılır. Hastalara hastalıkları ile ilgili konuşma fırsatı verip, hastalıklarına dair soruları yanıtlanır. Ev ödevleri kontrol edilir. Hastalık tanısı almış ünlü kişilerden örnekler verilir. Uygulamamızda 1, 2 ve 4. seanslar toplam iki seans olarak uygulandı.

3.Modül: Stres Güvenlik Açığı Modeli ve tedavi stratejileri:

1.Seans: Psikiyatrik belirtilere neden olan nedir?

2.Seans: Biyolojik savunmasızlıkla başa çıkma

3.Seans: Tedavi seçeneklerini anlama/İyileşme için atılabilecek adımlar

Bu modülde hastalardan yaşadıkları stresin yaşamlarındaki olumsuz etkileri ve sorunlarını nasıl çözdüklerine dair bilgi alınıp stresi azaltmak veya problemlerle baş etmek için tedavi seçenekleri sunulur. Destek grupları, Toplum ruh sağlığı merkezleri vb. destek merkezleri hakkında bilgi verilir. Ayrıca tedavinin stresteden etkilenebileceği ifade edilir ve biyolojik savunmasızlıkla başa çıkma (Örn; ilaçlarını kullanma, alkol ve uyuşturucudan kaçınma vb. davranışların önemi), stresle başa çıkma ve sosyal desteğin iyileştirilmesi stratejileri hakkında bilgi verilir. Hastaların kendi hayatlarındaki stresli faktörlerin bir listesini yapmaları ya da yaşamlarında herhangi bir stres faktörü ile karşılaştıklarında bir aile üyesi veya başka biri ile bunun hakkında konuşmaları ile ilgili ev ödevi verilir. Bu modül uygulamamızda 2 seans olarak uygulandı.

4.Modül: Sosyal destek sağlamak:

1.Seans: Sosyal destek neden önemlidir?

2.Seans: Yeni insanlarla tanışmak

3.Seans: Yeni biriyle yeni bir konuşma başlatılıyor, 1. Bölüm

4.Seans: Yeni biriyle yeni bir konuşma başlatmak, 2. Bölüm

5.Seans: Daha yakın ilişkiler geliştirmek için söyleyebileceğiniz şeyler

6.Seans: Daha yakın ilişkiler geliştirmek için yapabileceğiniz şeyler-1.Bölüm

7.Seans: Daha yakın ilişkiler geliştirmek için yapabileceğiniz şeyler-2.Bölüm

Bu modülde rol play ile hastaların başka kişiler ile iletişim kurması ve iletişime yönelik duyguları ve geri bildirimlerde bulunulur. Geçmiş deneyimleri ve yaşadıkları

güçlükleri ve kolaylıkları ifade etmeleri sağlanır. Sosyal desteğin iyileşmelerine nasıl yardımcı olabileceği, insanlarla ilişki kurmak için gerekli stratejileri tanımlamaları ve bunu uygulamaları üzerine yardımcı olunur. Bu modül uygulamamızda 3 seans olarak uygulandı.

5.Modül: İlaçları etkin bir şekilde kullanma:

1.Seans: Semptomların tedavisinde ilaçların rolü

2.Seans: Yan etkilerin tanımlanması ve cevaplanması

3.Seans: İlaç konusunda bilinçli kararlar vermek

4.Seans: İlaçtan en iyi sonuçları alma

Bu modül hastaların ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmaları ve ilaçların iyileşmeye nasıl katkıda bulunduğunu içerir. İlaçları düzenli kullanmanın yararları, ilaçların yan etkileri ve hastaların bu konuda bilinçlenmelerine odaklanılır. Bazı hastalar ilaca karşı dirençli olabilir. Bu nedenle bu konuda hastaları anlayıp onlar bakış açılarından konu ele alınır. Deneyimleri paylaşırlar ve ilaçları düzenli kullanımın hastalıkları üzerindeki etkisinden söz edilir. İlaçların yan etkileri ve ilaçlara yönelik olumsuz inanışları ilaç uyumsuzluğuna neden olabilir. Bu nedenle ilaca yönelik soruları ve olumsuz düşünceleri bu oturumda giderilir. Bu modül uygulamamızda 2 seans olarak uygulandı.

6.Modül: Alkol ve Madde kullanımı;

1.Seans: Farklı madde türlerinin ve kullanım nedenlerinin gözden geçirilmesi

2.Seans: Stres-Güvenlik Açığı Modelini ve kullanımla ilgili sorunların gözden geçirilmesi.

3.Seans: Alkol- Madde kullanımının devam edip etmediğinin belirlenmesi.

Bu modülde hastalara alkol ve maddenin etkileri hakkında bilgi verilir. Ruhsal hastalıklar üzerindeki ve iyileşme hedeflerine ulaşmada alkol ve madde kullanımının olumsuz etkilerinden bahsedilir. Alkol-Maddeyi bırakmak isteyen bireyler ile

hedeflerine ulaşmaları için kişisel bakım planı oluşturulur. Bu modül uygulamamızda 1 seans olarak uygulandı.

7.Modül: Relapsların azaltılması:

1.Seans: Relaps tetikleyicilerini belirleme

2.Seans: Erken uyarı belirtileri

3.Seans: Relaps belirtilerine ve semptomlarını yanıtlamak

4.Seans: Bir relaps önleme planı geliştirilmesi

Bu modülde, hastaların önceki deneyimleri gözden geçirilerek hastalığı tetikleyen ve erken uyarı işaretleri paylaşılır. Hastaların relapsı önlemede kullanacakları planı geliştirmelerine yardımcı olunur. Bu planda bir aile üyesi ya da bir destekçinin plana dahil edilmesi sağlanır. Bu modül uygulamamızda 2 seans olarak uygulandı.

8.Modül: Stresle başa çıkma:

1.Seans: Strese neler sebep olur?

2.Seans: Stres belirtilerini tanımak

3.Seans: Stresi önleme

4.Seans: Gevşeme teknikleri kullanarak stresle başa çıkma

5.Seans: Stresle baş etmek için ilave stratejiler

Stresle etkili bir şekilde başa çıkmak, semptomları azaltabilir ve relapsları önleyebilir. Bu modülde hastaların farklı stres türlerini tanımasına yardımcı olunur ve stresle başa çıkmak için kullanabilecekleri stratejiler hakkında bilgi verilir. Aile üyeleri ve diğer destekçileri de dahil edilir. Stresin nasıl azaltılacağı ve baş etme becerilerini nasıl geliştirecekleri hakkında bilgi edinmeleri ve strese neden olan yaşam olayları ve yaşamlarındaki günlük zorlukları tanımlanır. Bu modül uygulamamızda 2 seans olarak uygulandı.

9.Modül: Sorunlar ve inatçı (dirençli) semptomlar ile başa çıkma:

1.Seans: Problem çözme ve hedef başarı için adım adım bir model

2.Seans: Ortak sorunları ve kalıcı semptomları tanımlamak.

3.Seans: Problem çözme modelini problem veya kalıcı bir semptom ile kullanma

4.Seans: Ortak kalıcı bir semptomla başa çıkmak için bir plan geliştirmek

5.Seans: Bir başka ortak kalıcı semptomla başa çıkmak için bir plan geliştirmek

6.Seans: Kişisel kalıcı bir semptomla başa çıkmak için bir plan geliştirmek

Bu modülde hastaların, yaşamlarında sorun olabilecek durumları tespit etmelerine yardımcı olunur. Problemlerle baş etmeye yönelik iki genel yaklaşım öğretilir. Sorunları çözmek ve hedeflere ulaşmak için adım adım uygulayacakları yöntemler, inatçı belirtiler ile başa çıkmalarına yönelik stratejiler ve kalıcı semptomlarla başa çıkmak için bir plan geliştirmeleri konusunda yardımcı olunur. Bu modül uygulamamızda 3 seans olarak uygulandı.

10.Modül: Ruh Sağlığı sistemi tarafından karşılanması istenen ihtiyaçlar:

1.Seans: Toplum ruh sağlığı hizmetleri

2.Seans: Sağlık sigortası

3.Seans: Ruhsal sağlık sisteminde kendini savunma

Bu modülde, hastalara iyileşmelerine yardımcı olacak hizmetler ve toplumdaki ruh sağlığı hizmetleri hakkında bilgi verilir. Ruh sağlığı hizmetlerinde haklarının neler olduğu ve nasıl faydalanacakları konusunda bilgi verilir. Hastalar tedavi ile ilgili kararlara katılma hakları olduğu ve bu haklarının iyileşme süreçlerine katkı sağlayacağından söz edilir. Bu modül uygulamamızda 1 seans olarak uygulandı (SAMHSA 2009).

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

İlk olarak Kim T. Mueser'dan HYİP'i uygulamak için e posta yolu ile izin alındı (Ek-5).

Etik Kurul İzni için Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Komitesine başvuru yapıldı ve 05.12.2016 tarihinde 8 no'lu karar ile onay alındı (Ek-6). Kurum izni için Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi EBAM'dan yazılı izin alındı (Ek-7) Araştırmaya katılan hastalar ve vasilerine Helsinki Deklarasyonuna göre bilgilendirme yapılarak yazılı ve sözlü onamları alındı (Ek-8).

3.10. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 20,0 paket programında analiz edildi.

Bireysel özelliklerin analizinde tanımlayıcı (yüzdelik, aritmetik ortalama, standart sapma, min-max) testler; grupların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasında nominal değerlern için Ki-Kare testi, girişimin etkinliğini belirlemede ise non-parametrik karşılaştırmalı istatistik yöntemleri kullanıldı. Araştırmada tüm bulgular $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde sınandı. Ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach Alfa Analizi ile belirlendi (Tablo-3.1).

Tablo-3.1: Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiki Analizler

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
Çalışma ve kontrol grubunun benzerliğini değerlendirmede	➢ Tanımlayıcı analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum-maximum, oran, yüzde vb). ➢ Chi-Square Testi ➢ Bağımsız t Testi
Çalışma ve kontrol grubunun HYİP öncesi, sonrası, 1 ay izlem HYİÖ ve SİÖ puanlarının karşılaştırılması	➢ Friedman Testi ➢ General Linear Aanaliz
HYİÖ ve SİÖ toplam puan iç tutarlılık incelemesinde	➢ Cronbach Alfa Katsayısı

3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Araştırmanın güçlü yönleri şunlardır;

- Araştırmada sadece HYİP'nun şizofreni hastalarında hastalık yönetimi üzerine etkisi değil, sosyal işlevsellik üzerine etkisinin de belirlenmiş olması,
- Çalışmada ön test son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü deneysel tasarım tipinin kullanılmış olması,
- Çalışma ve kontrol grubunun randomize atanması,
- Çalışma ve kontrol grubunun homojen olması,
- Hastaların taburcu olduktan sonrada gruba devam etmeleri güçlü yönüdür.

Araştırmanın sınırlılıkları şunlardır;

- HYİÖ'nün güvenirliğinin düşük olması,
- HYİP'nin belli bir hasta grubunda etkinliği belirlenmiştir. Bu nedenle genellenemez.

- Her grup ayrı ayrı dönemlerde programa alınmıştır. Hastaların aynı servislerde yatmalarından dolayı hastalar arasında etkileşim olması bir sınırlılık olabilir.

- Hastalar eğitime hastanede yattığı süre boyunca alındı ancak taburcu olan hastalar taburculuk sonrası programa devam etti. Yatan ve taburcu olan hastaların işlevselliği farklı olabileceği için bu yönü ile araştırma sınırlıdır.

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular iki bölümde sunuldu;

Birinci bölümde; Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların bireysel ve hastalık özellikleri ile ilgili bulgular,

İkinci Bölümde; Çalışma ve kontrol grubu hastaların HYİÖ, SİÖ ve SİÖ alt maddelerinin ’nin ön test, son test ve 1 ay izlem puanları ile ilgili bulgular.

4.1. Katılımcıların Bireysel ve Hastalık Özellikleri

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların bireysel ve hastalık özelliklerinin dağılımı Tablo 4-1'de gösterildi.

Tablo4-1: Katılımcıların Bireysel ve Hastalık Özelliklerinin Dağılımı (N=50)

Değişkenler	Kategori	Çalışma N(%)	Kontrol N(%)	χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	13(52)	13(52)	0.01	>0.05
	Erkek	12(48)	12(48)		
Eğitim	İlköğretim	12(48)	15(60)	0,726	0,696
	Lise	9(36)	7(28)		
	Üniversite	4(16)	3(12)		
Medeni Durum	Evli	4(16)	7(28)	3,515	0,172
	Bekar	16(44)	17(68)		
	Boşanmış/Ayrı	5(20)	1(4)		
Meslek/Çalışma Durumu	Çalışıyorum	3(12)	23(92)	0,222	0,637
	Çalışmıyor	22(88)	2(8)		
Sosyal Güvencesi Olma Durumu	Var	20(80)	22(88)	Fisher kesin testi	0,702
	Yok	5(20)	3(12)		
Birlikte yaşadığı kişiler	Yalnız	3(12)	1(4)	2,711	0,258
	Eş/çocuk	3(12)	7(28)		
	Anne Baba/Kardeş	19(76)	17(68)		
Alkol Kullanımı	Evet	6(24)	6(24)	0,001	>0.05
	Hayır	19(66)	19(66)		
Madde Kullanımı	Evet	1(4)	2(8)	Fisher kesin testi	1
	Hayır	24(96)	23(92)		

	Ort.±SS	**Ort.±SS**	**χ2/t**	**P**
Yaş	38,5±11,0	39,7±10,72	0,390	0,698
Hastalık Süresi	10,7±6,7 Median 11=IQR=11,5	9,4±8,0 Median 8=IQR=13		0,267*
Toplam Yatış Sayısı	4,4 ±3,1 Median 3=IQR=4	3,7±3,0 Median 3=IQR=3,5		0,372*

* Mann-Whitney U Testi

Çalışma grubundaki hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması 38,5±11, hastalık süresi 10,7±6,7, toplam yatış sayısı 4,4±3,1 olup, %52'sinin kadın, %48'inini ilköğretim mezunu, %44'ünün bekar, %88'inin çalışmadığı, % 80'inin sosyal güvencesi olduğu belirlendi. Yine katılımcıların %76'sının anne, baba ve kardeş ile birlikte yaşadığı, %66'sının alkol kullanmadığı ve %96'sının madde kullanmadığı bulundu.

Kontrol grubundaki hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması 39,7±10,7, hastalık süresi 9,7±8, toplam yatış sayısı 3,7±3,0 olup, %52'sinin kadın, %60'inin ilköğretim mezunu, %92'sinin çalıştığı, % 88'inin sosyal güvencesi olduğu belirlendi. Yine katılımcıların %68'inin anne, baba ve kardeş ile birlikte yaşadığı, %66'sının alkol kullanmadığı ve %93'ünün madde kullanmadığı bulundu.

Çalışma ve kontrol grubunun bireysel özellikleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmadı (P> 0,05).

4.2.Çalışma ve Kontrol Grubu Hastaların HYİÖ, SİÖ'nün Ön Test, Son Test ve 1 Ay İzlem Puanları İle İlgili Bulgular

Tablo-4.2 Çalışma ve Kontrol Grubu Hastaların HYİÖ'nün Ön Test, Son Test ve 1 Ay İzlem Puanlarının Karşılaştırılması (N=50)

	Çalışma Grubu					Kontrol Grubu				
	Ön-Test	Son-Test	İzlem	F	p	Ön-Test	Son-Test	İzlem	F	P
	Ort±MD	Ort±MD	Ort±MD			Ort±MD	Ort±MD	Ort±MD		
Madde 1	2,28(1,27)	2,80(1,00)	2,80(1,00)	13,25	0,01	1,56(0,82)	1,60(0,81)	1,64(0,86)	0,479	0,625
Madde 2	2,12(1,26)	3,36(1,03)	3,36(0,90)	27,104	<0,001	1,64(1,1)	2,16(0,85)	2,24(0,87)	8,704	0,002
Madde3	4,96(0,20)	3,16(1,43)	3,20(1,35)	0,066	0,936	5,0(0,00)	5,00(0,00)	5,00(0,00)	1,568	0,230
Madde4	3,00(0,64)	3,44(0,96)	3,32(1,02)	26,811	<0,001	1,88(1,05)	2,52(0,65)	2,48(0,58)	5,924	0,008
Madde5	1,92(1,25)	2,72(1,10)	2,76(1,09)	18,573	<0,001	1,96(0,93)	2,12(0,83)	2,20(0,86)	2,573	0,98
Madde6	2,24(1,45)	3,20(1,04)	3,24(0,83)	14,415	<0,001	1,96(1,17)	2,64(0,95)	2,56(1,00)	11,946	<0,001
Madde7	2,52(1,35)	3,28(1,02)	3,16(0,85)	17,748	<0,001	2,40(1,19)	2,68(0,80)	2,60(0,81)	1,342	0,281
Madde8	2,00(1,19)	2,52(1,04)	2,64(0,95)	12,101	<0,001	1,68(1,10)	1,84(1,06)	1,80(1,08)	1,450	0,255
Madde9	2,40(1,65)	2,72(0,79)	3,00(0,64)	4,907	0,017	1,88(1,05)	2,52(0,65)	2,48(0,58)	5,589	0,011
Madde10	1,36(0,75)	2,28(0,67)	2,68(0,55)	54,184	<0,001	1,48(1,12)	2,08(0,40)	2,08(0,27)	4,312	0,026
Madde11	2,40(1,29)	2,92(0,99)	2,88(0,78)	4,974	0,016	2,28(0,97)	2,36(0,56)	2,32(0,62)	0,140	0,870
Madde12	1,92(1,32)	2,56(0,91)	2,56(0,91)	25,180	<0,001	1,32(0,74)	1,68(0,74)	1,68(0,74)	13,500	0,001
Madde13	2,28(0,67)	4,44(0,76)	4,48(0,58)	5,038	0,015	3,04(1,45)	4,28(0,73)	3,92(0,75)	11,677	<0,001
Madde14	4,84(0,62)	4,92(0,27)	4,92(0,27)	1,000	0,327	4,88(0,60)	4,88(0,60)	4,92(0,40)	1,000	0,327
Madde15	4,88(0,60)	4,96(0,20)	4,96(0,20)	1,000	0,327	5,00(0,00)	5,00(0,00)	5,00(0,00)	-	<0.05
Toplam	40,20(7,68)	49,28(6,56)	49,96(5,96)	34,867	<0,001	36,88(4,79)	41,96(3,46)	41,76(3,64)	22,803	<0,001

F=Friedman testi

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların HYİÖ alt maddeleri ve toplam puanlarına bakıldığında HYİP ön test, son test ve 1 ay izlem puanlarına bakıldığında çalışma grubundaki hastaların;

Madde 1: Kişisel Hedeflerin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 2: Bilgi Sahibi olmanın HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur.

Madde 3: Aile ve arkadaşların ruhsal hastalığın tedavisine katılımının HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının artmadığı, 1 ay sonra izlem puanında son test sonrası artış olup, ön teste göre artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 4: Aile dışındaki kişiler ile iletişim kurmanın HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur.

Madde 5: Toplumsal rollerde geçirilen zamanın HYİP uygulamadan hemen sonra ve 1 ay sonrandaki sonraki izlem puanların arttığı ve ortalamalar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da çok anlamlı olduğu bulunmuştur.

Madde 6: Hastalık belirtilerinin sıkıntı düzeyinin HYİP uygulamadan hemen sonra ve 1 ay sonrandaki sonraki izlem puanların arttığı ve ortalamalar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da çok anlamlı olduğu bulunmuştur.

Madde 7: İşlevselliğin bozulmasının HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur.

Madde 8: Hastalık tekrarını önleme planının HYİP uygulamadan hemen sonra ve 1 ay sonrandaki sonraki izlem puanların arttığı ve ortalamalar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da çok anlamlı olduğu bulunmuştur.

Madde 9: Belirtilerin tekrarlanmasının HYİP uygulamadan hemen sonra ve 1 ay sonrandaki sonraki izlem puanların arttığı ve ortalamalar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 10: Hastaneye yatışın HYİP uygulamadan hemen sonra ve 1 ay sonrandaki sonraki izlem puanların arttığı ve ortalamalar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak da çok anlamlı olduğu bulunmuştur.

Madde 11: Baş etmenin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 12: Kendi kendine yardım aktivitelerine katılımın HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur.

Madde 13: Düzenli ilaç kullanmanın HYİP uygulamadan hemen sonra ve 1 ay sonrandaki sonraki izlem puanların arttığı ve ortalamalar arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 14: Alkol kullanıma bağlı işlevselliğin etkilenmesinin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 15: Madde kullanıma bağlı işlevselliğin etkilenmesi HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Kontrol grubu hastaların;

Madde 1: Kişisel Hedefler puanları çalışma grubuna göre düşük olup HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanı ve, 1 ay sonra izlem puanında artış olduğu ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 2: Bilgi Sahibi olmanın HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanı ve, 1 ay sonra izlem puanında artış olduğu ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın

istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışma grubu puanlarındaki artış kontrol grubu puan artışlarından daha yüksektir.

Madde 3: Aile ve arkadaşların ruhsal hastalığın tedavisine katılımının HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanı ve 1 ay sonra izlem puanında sonrası artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 4: Aile dışındaki kişiler ile iletişim kurmanın HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 5: Toplumsal rollerde geçirilen zamanın HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanı ve 1 ay sonra izlem puanında sonrası artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 6: Hastalık belirtilerinin sıkıntı düzeyinin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olmadığı bulunmuştur. Çalışma grubu puanlarındaki artış kontrol grubu puan artışlarından daha yüksektir.

Madde 7: İşlevselliğin bozulmasının HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 8: Hastalık tekrarını önleme planının HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 9: Belirtilerin tekrarlanması, Madde 10; Hastaneye yatışın Madde 11; Baş etmenin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 12: Kendi kendine yardım aktivitelerine katılımın, Madde 13; Düzenli ilaç kullanmanın HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışma grubu puanlarındaki artış kontrol grubu puan artışlarından daha yüksektir.

Madde 14: Alkol kullanıma bağlı işlevselliğin etkilenmesinin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının artmadığı ve 1 ay sonra izlem puanında artış olduğu ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Madde 15: Madde kullanıma bağlı işlevselliğin etkilenmesi HYİP uygulama öncesi, hemen sonrası son test ve 1 ay sonra izlem puanının değişmediği ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu maddede hastalar her bir testten en yüksek puanı almıştır.

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların HYİÖ toplam puanları, HYİP ön test, son test ve 1 ay izlemlere göre karşılaştırıldığında çalışma grubundaki hastaların HYİP uygulamadan hemen sonra son test ve izlem puanlarında artış olduğu ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu hastalarının son test puanında artış olurken 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışma grubundaki hastaların HYİÖ toplam puanlarındaki artış kontrol grubundaki hastalara göre yüksek bulunmuştur.

Tablo-4.3: Çalışma ve Kontrol Grubu Hastaların HYİÖ, SİÖ ve SİÖ Alt Maddelerin Ön Test, Son Test ve 1 Ay İzlem Puanlarının Karşılaştırılması (N=50)

Ölçek Ortalama Puan ve SİÖ Alt Grupları		Çalışma (n=25) Ort±SS	Kontrol (n=25) Ort±SS	t	p
HYİÖ	**Ön test**	2.68±0,51	2,45±0,31	1,833	0,074
Ort	**Son test**	3,28±0,43	2,79±0,23	4,928	**p<0,001**
	1 Ay izlem	3,37±0,39	2,78±0,24	5,863	**p<0,001**
		F=34,867 **p<0,001**	F=22,803 **p<0,001**		
SİÖ	**Ön test**	98,24±23,01	95,47±13,15	0,523	0,604
Ort	**Son test**	105,05±36,01	94,48±12,37	1,387	0,176
	1 Ay izlem	98,05±11,93	94,39±12,43	1,063	0,293
		F=0,600 **p=0,008**	F=1,665 **p=0,002**		
Sosyal uğraşı/Sosyal çekilme	**Ön test**	96,5±13,6 (Median(IQR)	95,90±13,31	0,928	0,363
		100,10±10,63	96,48±11,93	1,132	0,263
	Son test	97,44±10,08	97,50±12,31	-0,19	0,985
	1 Ay izlem	F=7,187 **p=0,004**	F= 0,372 **p=0,040**		
Kişilerarası işlevsellik	**Ön test**	93,92±17,62	107,08±19,60	-2,496	**0,016**
	Son test	100,12±11,47	108,72±19,37	-1,909	0,064
	1 Ay izlem	100,28±11,39	107,60±19,17	-1,109	0,109
		F=6,047 **p=0,008**	F=1,443 p=0,257		
Öncül Sosyal etkinlikler	**Ön test**	96,56±18,20	92,94±16,21	0,742	0,461
	Son test	103,14±15,23	90,98±15,14	2,83	**0,007**
	1 Ay izlem	102,92±16,34	92,12±14,41	2,47	**0,017**
		F=16,916 **p<0,001**	F=2,061 p=0,151		
Boş zamanları değerlendirme	**Ön test**	88,60±20,32	90,20±22,10	-0,266	0,791
	Son test	97,76±18,37	89,56±19,74	0,964	0,340
	1 Ay izlem	94,30±18,47	89,54±19,82	8,788	0,384
		F=21,967 **p<0,001**	F=0,252 p=0,780		
Bağımsızlık düzeyi yetkinlik	**Ön test**	98,06±15,09	98,20±18,64	-0,029	0,977
	Son test	100,78±13,26	96,98±20,27	0,784	0,437
	1 Ay izlem	100,34±13,29	96,18±20,75	0,844	0,404
		F=7,155 **p=0,004**	F=0,486 p=0,622		
Bağımsızlık düzeyi performans	**Ön test**	89,72±22,73	90,60±21,72	-0,140	0,889
	Son test	139,60±35,75 (Median(IQR)	88,78±20,58	1,125	0,271
	1 Ay izlem	95,30(19,66)	88,80±19,87	1,162	0,251
		F=11,494 **p<0,001**	F=0,974 p=0,392		
İş-meslek	**Ön test**	95,80±13,56	93,40±12,58	0,648	0,520
	Son test	96,88±12,87	89,92±12,55	1,935	0,059
	1 Ay izlem	95,80±13,56	89,00±12,87	1,818	0,075
		F=1,000 p=0,383	F=4,971 **p=0,016**		

t:Bağımsız t testi

F=:Friedman testi

Katılımcıların, ön test HYİÖ ortalama puanları çalışma grubunda 2.68±0,51, kontrol grubunda 2,45±0,31 olup aralarında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Son test HYİÖ ortalama puanları çalışma grubunda 3,28±0,43, kontrol grubunda 2,79±0,23 olup

aralarında istatistiksel olarak çok anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). 1 ay izlem HYİÖ ortalama puanları çalışma grubunda 3,37±0,39, kontrol grubunda 2,78±0,24 olup aralarında istatistiksel olarak çok anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

Ön test SİÖ ortalama puanları çalışma grubunda 98,24±23,01, kontrol grubunda 95,47±13,15 olup aralarında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Son test SİÖ ortalama puanları çalışma grubunda 105,05±36,01, kontrol grubunda 94,48±12,37 olup aralarında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Aralarında anlamlı fark olmamasına ragmen çalışma grubunun HYİP sonrası son test puanında kontrol grubuna gore artış olmuştur. 1 ay izlem SİÖ ortalama puanları çalışma grubunda 98,05±11,93, kontrol grubunda 94,39±12,43 olup aralarında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Çalışma ve kontrol grubundaki hastaların SİÖ ön test, son test ve 1 aylık izlemlerde sosyal uğraşı/sosyal çekilme, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık düzeyi yetkinlik, bağımsızlık düzeyi performans, iş-meslek alt boyutları puanları arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). Öncül Sosyal etkinlikler alt boyutlarında son test ve 1 aylık izlemde; Kişilerarası işlevsellik alt boyutunda ise sadece ön test puanında anlamlı fark (p<0,05) olduğu belirlendi (Tablo-4.4).

Çalışma grubundaki hastaların SİÖ alt puanlarına bakıldığında;

Sosyal uğraşı/sosyal çekilmenin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Kişilerarası işlevselliğinin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında çok az artış olduğu ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Öncül sosyal etkinliklerin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur.

Boş zamanları değerlendirmenin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur.

Bağımsızlık düzeyi/Yetkinliğin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Bağımsızlık düzeyi/Performansın HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak çok anlamlı olduğu bulunmuştur.

İş/Mesleğin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Kontrol grubundaki hastaların SİÖ alt puanlarına bakıldığında;

Sosyal uğraşı/sosyal çekilmenin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test ve 1 ay sonra izlem puanlarının arttığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

Kişilerarası işlevselliğinin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının arttığı, 1 ay sonra izlem puanında çok az artış olduğu ve bu ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Öncül sosyal etkinliklerin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test puanının artmadığı ve 1 ay sonra izlem puanında artış olduğu ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Boş zamanları değerlendirmenin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test ve 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Bağımsızlık düzeyi/Yetkinliğin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test ve 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Bağımsızlık düzeyi/Performansın HYİP uygulamadan hemen sonrası son test ve 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

İş/Mesleğin HYİP uygulamadan hemen sonrası son test ve 1 ay sonra izlem puanında artış olmadığı ve ortalamalar arasında ki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Şizofreni tanılı hastalarda hastalık yönetimi ve iyileşme programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışıldı.

Çalışma grubundaki hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması 38,5±11, hastalık süresi 10,7±6,7, toplam yatış sayısı 4,4±3,1 olup, %52'sinin kadın, %48'inini ilköğretim mezunu, %44'ünün bekar, %88'inin çalışmadığı, % 80'inin sosyal güvencesi olduğu belirlendi. Yine katılımcıların %76'sının anne, baba ve kardeş ile birlikte yaşadığı, %66'sının alkol kullanmadığı ve %96'sının madde kullanmadığı bulundu.

Kontrol grubundaki hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması 39,7±10,7, hastalık süresi 9,7±8, toplam yatış sayısı 3,7±3,0 olup, %52'sinin kadın, %60'inini ilköğretim mezunu, %92'sinin çalıştığı, % 88'inin sosyal güvencesi olduğu belirlendi. Yine katılımcıların %68'inin anne, baba ve kardeş ile birlikte yaşadığı, %66'sının alkol kullanmadığı ve %93'ünün madde kullanmadığı bulundu.

Çalışma ve kontrol grubunun bireysel özellikleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Sadece çalışma/meslek durumunda iki grup arasında fark olup kontrol grubunda çalışanların sayısı daha fazladır. Çalışma ve kontrol grubundaki bireylerin tanımlayıcı özellikler açısından birbirine benzer olması örneklem grubunun deneysel araştırma tasarımına uygun olduğunu göstermektedir.

Çalışma grubunda bilgi sahibi olma (madde 2), aile dışındaki kişiler ile iletişim kurma (madde 4), toplumsal rollerde geçirilen zaman (madde 5), hastalık belirtilerinin sıkıntı düzeyi (madde 6), işlevselliğin bozulması (madde 7), hastalığın tekrarını önleme planı (madde 8), hastaneye yatış (madde 10), kendi kendine yardım aktivitelerine katılım maddelerinde (madde 12) anlamlı fark bulundu. Kontrol grubunda ise bilgi sahibi olma (madde 2), hastalık belirtilerinin sıkıntı düzeyi (madde 6), alkol kullanımına bağlı işlevselliğin etkilenmesi (madde 14), madde kullanımına bağlı işlevselliğin etkilenmesi (madde 15) maddelerinde anlamlı fark bulundu.

HYİÖ toplam puanlarına göre ön test, son test ve izlem puanları karşılaştırıldığında, çalışma ve kontrol grubunun her ikisinde de hem son test hem de izlem puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Ancak çalışma grubundaki artış kontrol grubuna gore daha yüksek bulunmuştur. Kontrol grubundaki artışın da anlamlı olması klinik rutinlerde verilen eğitimin içeriğinden kaynaklandığını düşündürmüştür.

Yapılan çalışmalar, (Hasson-Ohayan ve ark. 2007, Sklar ve ark. 2012) HYİÖ'nin bilgi ve hedefler (1,2,4,8 maddeleri), ilaçlar (13,14,15 maddeleri) ve başa çıkma stratejileri (6,7,9,11 maddeleri) olarak 3 bölüme ayırılabileceğini belirtmişlerdir. Çalışmalarda ilaçlar grubunda yer alan maddelerde çalışma ve kontrol grupları arasında fark bulunmamıştır. Bilgi ve hedefler grubundaki maddelerde ve başa çıkma stratejileri grubunda özellikle bilgi ve hedefler grubundaki maddelerde anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. HYİP alan kişilerin almayanlara göre hastalık yönetimi ve iyileşme açısından daha iyi performans gösterdikleri saptanmıştır (Fujita ve ark. 2010, Hassan-Ohayan ve ark. 2007, Levitt ve ark. 2009, Pratt ve ark.2011,Salyers ve ark.2009, Salyers ve ark. 2011, Mueser ve ark.2006).

Hassan-Ohayan ve arkadaşları (2007) şizofreni hastalarında hastalık yönetimi ve iyileşme programının, hastaların hastalık belirtileri ile baş edebilmelerine, kişisel hedef belirlemelerine, relaps önlemede etkili bir girişim olduğunu ve böylece kişilerin hastalıklarını daha iyi yöneterek iyileşmeye katkısı olduğu ifade edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda H1, HYİP uygulanan şizofreni hastalarının son test HYİÖ puanı HYİP programı uygulanmayan şizofreni hastalarına göre daha yüksek olacaktır ve H2. HYİP uygulanan şizofreni hastalarının bir ay izlem HYİÖ puanı HYİP uygulanmayan şizofreni hastalarına göre daha yüksek olacaktır hipotezleri doğrulandı.

Çalışma ve kontrol grubu hastaların HYİÖ, SİÖ ve SİÖ alt gruplarına göre HYİP'nin etkinliği karşılaştırıldığında HYİÖ ($p<0.001$) ve SİÖ'nün "öncül sosyal etkinlikler" alt grubunda ($p<0.05$) anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu hastaların ön test, son test ve izlem puanları kendi içlerinde karşılaştırıldığında, çalışma grubunda HYİÖ ve SİÖ puanlarında ve SİÖ'nün "iş-meslek" alt grubu hariç tüm

boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur. Kontrol grubunda ise HYİÖ, SİÖ puanları ve SİÖ "sosyal uğraşı–sosyal çekilme, "iş-meslek" alt gruplarında anlamlı fark bulunmuştur. Bu sonuçlar, HYİP'nin hem hastalık yönetimi-iyileşme hem sosyal işlevsellik üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir.

HYİP'nin etkinliği ile ilgili yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur. Hasson ve ark.(2007), 119 çalışma, 91 kontrol grubu ile Randomize kontrollü olarak gerçekleştirdiği ve haftada bir kez 8 ay boyunca uyguladığı çalışmada; Levitt ve ark. (2009), 54 çalışma, 50 kontrol grubu ile haftada iki kez 6 ay boyunca yaptığı randomize kontrollü çalışmada; Fardig ve ark. (2011), 21 çalışma, 20 kontrol grubuna dahil ettiği şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı alan hastalar ile 9 ay boyunca haftada bir ya da iki kez yaptığı randomize kontrollü çalışmada HYİP uygulanan katılımcıların HYİÖ puanlarında anlamlı olarak daha fazla iyileşme olduğu belirlenmiştir. Ancak, İyileşme ölçeği (Recovery Assesment Scale), Sosyal destek (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) ölçeklerinde HYİP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında fark bulunamamıştır. Yine, işe alınma oranlarında HYİP alan çalışma ve kontrol grubu arasında fark bulunamamıştır. Ayrıca, Hasson ve ark. (2007), Fardig ve ark.(2011)'nın yaptığı çalışmalarda HYİP'nın psikiyatrik belirtileride azalttığı bulunmuştur.

Lin ve ark. (2013), şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı 48 hastaya HYİP uygulamış, 49 hasta ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Her iki grupta da hastalık yönetimi bilgisinde, ilaçlara karşı tutum önemli ölçüde iyileşmiştir. HYİP alan grubun kontrol grubuna göre son test, izlem puanları daha yüksek olup, izlemde puan artışının daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu durum, Mueser&Gingerich (2005) ve Sklar ve ark.(2012) yaptığı çalışmalarda da benzer bulunmuştur.

Fujita ve ark. (2010), 25 çalışma, 10 kontrol grubu şizofreni hastaları ile haftada bir ya da iki kez yaptığı yarı deneysel kontrollü çalışmada, HYİP alan katılımcıların psikiyatrik belirtilerinde ve genel işlevsellik düzeyinde anlamlı bir iyileşme gösterdiklerini belirlemişlerdir. Mueser ve ark (2006), hastalıklarını yönetme, umut, işlevsellik, semptomlar üzerinde HYİP'nın etkisi olduğundan, Salyers ve ark. (2009)

hastalık yönetimi ve özyönetimde ve umutlarında HYİP'nın olumlu etkisini bildirmişlerdir.

Egeland ve ark. (2017) şizofreni ve diğer ruhsal bozukluk tanısı alan (N=44) ve HYİP'na katılan hastalara ön test ve son test uygulamışlardır. Hastaların son test puanlarında anlamlı artış bulunmuştur. Bütün çalışmalar ile mevcut çalışma arasında benzerlik olup HYİP'nin etkin bir uygulama olduğunu göstermektedir.

Sosyal işlevsellik; sosyal ve kişilerarası ilişkilerde olumlu değişiklikler, diğer bireylerden destek almak ve aldığı desteği analiz edebilme, toplumsal destek ve bireysel iyileşmeyi kapsamaktadır. Mevcut çalışmada da HYİP'nın sosyal işlevsellik üzerindeki etkiside araştırılmış ve etkili olduğu bulunmuştur.

Ohayan ve ark. (2007) Şizofreni ve diğer ruhsal bozukluklarda (N=210); Fujita ve ark. (2010) şizofreni hastalarında HYİP uygulayarak yaptığı çalışmalarda, çalışma grubundaki sosyal işlevsellik puanlarının son testte kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve artışın da daha fazla olduğu bulunmuştur. Yine Fardig ve ark. (2011), Fujita ve ark. (2010), Hassan-Ohayan ve ark.(2007), Levitt ve ark.(2009), Roe ve ark.(2009), HYİP'nın sosyal işlevsellik üzerine olumlu etkileri olduğu bulunmuştur.

Literatürde şizofreni hastaların belirtileri, hastalığın kronik gidişli olması nedeniyle eğitimlerini (Barclay ve Osvaldo 2000, Nasrallah ve Smeltzer 2005) ve iş yaşamını (Milev ve ark. 2005) devam ettirmede güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Mevcut çalışmada ise çalışma grubundan farklı olarak kontrol grubunda SİÖ'nin "iş-meslek" alt grubunda işlevselliğin artığının bulunması çalışma grubundaki hastaların çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı kontrol grubundaki hastaların ise bir işte çalışma, öğrenci olma, tam zamanlı ev hanımı olma durumu ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. İş-meslek açısından grupların benzer özellikte olmamasının bu duruma neden olduğu ve bunun çalışmanın bir sınırlılığı olduğunu göstermektedir. Gelecek çalışmalarda bu konuya dikkat edilmesi daha iyi kanıtları oluşturabilecektir.

Yapılan çalışmalarda, HYİP'nin dışındaki psikoeğitim programlarının da sosyal işlevsellik üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Akpınar ve Kelleci (2008)'nin, Sorun çözme becerilerini geliştirme programının şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik düzeylerine etkilerini araştırdıkları çalışmada, hastaların SİÖ alt grup puan ortalamaları

karşılaştırıldığında iş-meslek altgrubu dışındaki alt gruplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yine başka bir çalışmada Sönmez (2009), şizofreni hastalarında psikoeğitim grup çalışmasının pozitif ve negatif belirtiler, sosyal işlevsellik, yeti yitimi, içgörü ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmış ve SİÖ değerlendirmesinde, mesleki işlevsellik dışındaki tüm alt ölçek puanlarında ve toplam puanda, psikoeğitim sonrasında daha yüksek işlevsellik düzeylerini gösterecek biçimde, istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulmuştur. Karaman (2018) çalışmasında Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi alan şizofreni hastalarının Sosyal İşlevsellik Ölçeği'nin alt ölçekleri ve toplam puanlarının, ön ve son test Hasta Ölçeği toplam puanlarında anlamlı artış saptamıştır ($t=-6.086$, $p<0.001$). (Ensari ve ark. (2013), Şizofreni hastalarında Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi'ni de içeren bir rehabilitasyon programı uygulamış, 1 yıllık izlemin sonucunda hastaların SİÖ puanlarında anlamlı artış bulmuşlardır. Arslan ve ark. (2015), Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkilerini izledikleri çalışmada, uygulanan programlarla şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ile günlük yaşam etkinliklerini yerine getirme kapasitesi ve yaşam niteliklerinde artış sağladığını ve bu artışın 3 yıl sonraki izlemde de devam ettiğini bulmuşlardır. Atkinson ve arkadaşları (1996) yaptıkları çalışmanın sonucunda psikoeğitimin, grup terapisinin sosyal işlevselliği arttırdığını belirtmişlerdir. Çalışmamızdaki sonuçlar ile diğer psikoeğitim programları ile yapılan araştırmalar arasında benzerlik olduğunu göstermektedir.

Mevcut çalışmadan elde edilen bulgularla hipotezler değerlendirildiğinde; H3. HYİP uygulanan şizofreni hastalarının son test Sosyal İşlevsellik Ölçeği puanı HYİP uygulanmayan şizofreni hastalarına göre daha yüksek olacaktır ve H4. HYİP uygulanan şizofreni hastalarının bir ay izlem Sosyal İşlevsellik Ölçeği puanı HYİP uygulanmayan şizofreni hastalarına göre daha yüksek olacaktır hipotezleri doğrulandı.

Sonuç olarak; Bir çok çalışmada şizofreni hastalarına uygulanan hem HYİP hem de diğer psikoeğitim programlarının etkin olduğu kanıtlanmıştır. HYİP'nın diğer eğitimlere göre kendi değerlendirme ölçeğinin olması ve WEB tabanlı olarak hastaların bu programa ulaşabilmesi daha uygulanabilir olduğunu göstermektedir. Ancak WEB tabanlı program farklı bir dilde olduğu için programın Türkçeye uyarlanması hastaların programa ulaşmasını kolaylaştıracaktır. Hastaların, hastalıkları hakkındaki bilgilerinin

artması, kişisel hedeflerini geliştirmesi, kendi tedavilerine aktif katılarak öz yönetimlerinin sağlanması, hastalıklarıyla daha etkin başa çıkma yeteneklerini kazanmalarına yardımcı olacak ve hastalıklarını daha iyi yöneterek iyileşmelerine katkı sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Çalışma grubundaki hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması 38,5±11, hastalık süresi 10,7±6,7, toplam yatış sayısı 4,4±3,1 olup, %52'sinin kadın, %48'inini ilköğretim mezunu, %44'ünün bekar, %88'inin çalışmadığı, % 80'inin sosyal güvencesi olduğu belirlendi. Yine katılımcıların %76'sının anne, baba ve kardeş ile birlikte yaşadığı, %66'sının alkol kullanmadığı ve %96'sının madde kullanmadığı bulundu.

- Kontrol grubundaki hastaların bireysel özellikleri incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması 39,7±10,7, hastalık süresi 9,7±8, toplam yatış sayısı 3,7±3,0 olup, %52'sinin kadın, %60'inini ilköğretim mezunu, %92'sinin çalıştığı, % 88'inin sosyal güvencesi olduğu belirlendi. Yine katılımcıların %68'inin anne, baba ve kardeş ile birlikte yaşadığı, %66'sının alkol kullanmadığı ve %93'ünün madde kullanmadığı bulundu. Çalışma ve kontrol grubunun bireysel özellikleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

- HYİÖ toplam puanlarına göre ön test, son test ve izlem puanları karşılaştırıldığında, çalışma ve kontrol grubunun her ikisinde de hem son test hem de izlem puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Ancak çalışma grubundaki artış kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

- Çalışma ve kontrol grubu hastaların HYİÖ, SİÖ ve SİÖ alt gruplarına göre HYİP'nin etkinliği karşılaştırıldığında HYİÖ ($p<0.001$) ve SİÖ'nün "öncül sosyal etkinlikler" alt grubunda ($p<0.05$) anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu hastaların ön test, son test ve izlem puanları kendi içlerinde karşılaştırıldığında, çalışma grubunda HYİÖ ve SİÖ puanlarında ve SİÖ'nün "iş-meslek" alt grubu hariç tüm boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur. Kontrol

grubunda ise HYİÖ, SİÖ puanları ve SİÖ "sosyal uğraşı–sosyal çekilme, "iş-meslek" alt gruplarında anlamlı fark bulunmuştur.

6.2. Öneriler

- HYİP'nın daha geniş bir grupta uygulanması
- Çalışma ve kontrol gruplarının iş-meslek açısından benzer olması
- HYİP'nın kliniklerde yaygınlaştırılması ve uygulanması için klinikte çalışan psikiyatri hemşirelerine HYİP çalışan versiyonu eğitimlerinin verilmesi.
- WEB tabanlı programın Türkçeye çevrilerek hasta ve çalışanların ulaşımının sağlanması.

7. KAYNAKLAR

Addington J., Addington D. (1999) Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 25(1): 173-182.

Addington, J., Piskulic, D., Marshall, C. (2010). Psychosocial Treatments for Schizophrenia. Current Directions in Psychological Science 19:260-263.

Akpınar, Ş., Kelleci, M. (2008). Şizofrenik Hastalara Uygulanan Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının Yaşam Kalitesine Etkisi. J Clin Psy.11(4): 180-190.

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 Derg. 16(4):238-246.

Aşık, E., Ünsal, G. (2016). Psikiyatri Hemşireleri İçin Bir Alan: Şizofrenide Duygu Tanıma ve Sosyal İşlevsellik. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN, 2(2):92-96.

Atkinson, J., Coia, D., Gilmour, H, Harper, J.P. (1996) The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. British Journal of Psychiatry 168:199–204.

Barber, M.E. (2012). Recovery as the new medical model for psychiatry. Psychiatric Services. 63, 277-279.

Barrowclough, C., Tarrier, N. (1990). Social functioning in schizophrenic patients. I. The effects of expressed emotion and family intervention Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 25(3) :125-129. https://link.springer.com/article/10.1007/BF00782739

Bartholomew, T., Kensler, D. (2010) Illness Management and Recovery in State Psychiatric Hospitals, American Journal of Psychiatric Rehabilitation. 13:2, 105-125.

Beentjes, A.A. T., Gaal, B.G.I., Goossens, P.J.J., Schoonhoven, L. (2016). Development of an e-supported illness management and recovery programme for consumers with severe mental illness using intervention mapping, and design of an early cluster randomized controlled trial. BMC Health Serv Res. (19)16:20.

Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programmes with Schizophrenic Patients. British Journal of Psychiatry. (157) : 853-859.

Corrigan, P.W., Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Solomon. P. (2008). Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: The Guilford Press New York, London.115-136.

Dalum, S.H., Waldemar, K.A., Korsbek, L., Hjorthoj, C.,Mikkelsen, H.J, Thomsen, K., Kistrup, K.,Olander, M., Lindschou, J., Nordentoft, M., Eplov, F.L. (2018). Illness Management andr recovery: Clinical outcomes of a randomized clinical trial in community mental health centers. 5;13 (4).

Davis, L.W., Lysaker, P.H., Kristeller, J.L., Salyers, M, P., Kovach, A.C., Woller, S. (2015)..Effect of mindfulness on vocational rehabilitation outcomes in stable phase schizophrenia. Psychological Services. 12: 303-312.

Deveci, A,, Danacı. A.E., Yurtsever, F., Deniz, F., Yüksel, E.G. (2008).Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İçgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 19(3): 266-273.

Dikeç, G. (2014). Kronik şizofreni hastalarında tedaviye uyum programının etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul.

Dikeç, G., Kutlu, F., Y. (2015). Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 6(1):40-46.

Egeland, K.M., Ruud, T., Ogden, T. Fardig, R., Lindstrom, J.C., Heiervang, K.S. (2017). How to implement Illness Management and Recovery (IMR) in mental health

service settings: evaluation of the implementation strategy. Int J Ment Health Syst. 23;11:13.

Emiroğlu, B. (2009). Şizofreni Hastalarında İşlevsel iyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması'. Yüksek Lisans Tezi.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 Derg. (14): 108-14.

Emiroğlu, B., Karadayı, G., Aydemir, Ö., Üçok, A. (2009). Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi, 46(Özel Sayı), 15-24.

Eren, K. (2006). Şizofreni ve cinsiyet farklılıkları. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Erol, A., Ünal, K., E., Aydın, T., E., Mete, L. (2009). Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 20(4):313-321.

Ertürk B. B. İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslar arası Sınıflandırılması. http://www.sosyalsiyaset.net/documents/yeti_yitimi_islevsellik.htm

Eryıldız, D. (2008). Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi"ne Devam Eden Kronik Şizofreni Hastaları İle Bir Rehabilitasyon Programına Katılmayan Kronik Şizofreni Hastalarının İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Fardig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., Fredriksson, A. (2011).A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for Persons With Schizophrenia.Psychiatric Services 62: 606–612.

Fardig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., Fredriksson, A., Melin, L. (2011). Evaluation of the Illness Management and Recovery Scale in schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophr Res. 132(2-3):157-64.

Fardig, R. (2012). Illness Management and Recovery: Implementation and evaluation of a psychosocial program for schizophrenia and schizoaffective disorder. Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala University, Disciplinary Domain of Medicine and Pharmacy, Faculty of Medicine, Department of Neuroscience, Psychiatry, Ulleråker, University Hospital. Doktora Tezi.

Fujita, E., Kato, D., Kuno, E., Suzuki, Y., Uchiyama, S., Watanabe, A., Uehara, K., Yoshimi, A., Hirayasu, Y. (2010). Implementing the Illness Management and Recovery Program in Japan. Psychiatric Services. 61:1157-1161.

Garber-Epstein, P., Zisman-Ilani, Y., Levine, S., Roe, D. (2013). Comparative impact of professional mental health background on ratings of consumer outcome and fidelity in an Illness Management and Recovery program. Psychiatr Rehabil J. 36(4):236-42.

Gingerich, S., Mueser K.T. (2005). Illness Management and Recovery; in Evidence-Based Mental Health Practice: A Textbook. Edited by Drake RE, Merrens MR, Lynde DW. New York, Norton.

Gümüş, B.A. (2006). Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik.Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 8(1-2): 23-34.

Haason-Ohayan, I., Roe, D., Kravetz, S. (2007). A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of the Illness Management and Recovery Program. Psychiatric Services 58:1461-1466.

Karaman, Y.G.İ. (2018). Toplum Ruh Sağliği Merkezi'nde günlük etkinliklere katılan şizofreni hastalarında ilave psikososyal beceri eğitimi almanın öznel ve nesnel sosyal işlevsellik üzerine etkisinin araştırılması: Kontrollü klinik izlem çalişmasi. T.C. İzmir

Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağliği ve Hastaliklari Anabilim Dali. Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir.

Kaya, Y. (2013). Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara.

Lahera, G., Gálvez, J.L., Sánchez, P. Roig, M. M., Fuster, P. J. V., García-Portilla, P. Herrera, B., Roca, M. (2018). Functional recovery in patients with schizophrenia: recommendations from a panel of experts. BMC Psychiatry. 18:176.

Lewitt, A.J., Mueser K.T., DeGenova, J., Lorenzo, J., Bradford-Watt, D., Barbosa, A. ve ark.(2009). Randomized Controlled Trial of Ilness Management and Recovery in Multiple-Unit Supportive Housing.Psychiatric Service. 60:1629-1636.

Liberman, R.P. (2008). Recovery from disability. Manual of Psychiatric Rehabilitation. 91-147. Washington: American Psychiatric Publishing Inc.

Liberman, R.P., Kopelowicz, A. (2005).Recovery from schizophrenia: A concept in Search of Research. Psychiatr Services: 56(6):735-42.

Lin, E.C., Shao, W.C., Chan, C.H., Shiau, S., Wang, H.S., Huang, S.C. (2013).A Pilot Study of an Illness Management and Recovery Program in Discharged Patients With Schizophrenia.Journal of Nursing Research: 21(4):270-277.

McGuire, A. B., White, D. A., White, L. M., & Salyers, M. P. (2013). Implementation of Illness Management and Recovery in the Veterans Administration: An On-Line Survey. Psychiatric Rehabilitation Journal. 36(4), 264–271.

McGuire, A.B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K.T., Salyers, M.P. (2014). Illness Management and Recovery: A Review of the Literature. Psychiatric Services 65:171-179.

McGuire, A. B., White, D. A., Barthomolew, T., Flamagan, M. E., McGrew, H. J., Rollins ve ark. (2015). The Relationship Between Provider Competence, Content

Exposure, and Consumer Outcomes in Illness Management and Recovery Programs. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 1–11. http://doi.org/10.1007/s10488-015-0701-6

Milev, P., Ho B.C., Arndt, S, Andreasen,N.C. (2005) Bilişsel işlevler ve negatif belirtilerin şizofreninin işlevsel sonuçları üzerine yordayıcı değerleri: Yedi yıl izlemli uzunlamasına bir ilk epizod çalışması. The American Journal of Psychiatry. (Türkiye Baskısı) 162: 495-506.

Mueser, K,T. (2000). Cognitive functioning, social adjustment and longterm outcome in schizophrenia. Cognition in schizophrenia. Oxford University Press. 157-177. New York.

Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., Herz, M.I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. Psychiatr Serv. 53(10):1272-84.

Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, D.L., Richard, C., Clancy, D.M., Salyers, M. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. Schizophrenia Bulletin. (32):32–43.

Mueser, K.T. (2013). Illness Management and Recovery. Substance Abuse and Mental Health Service Administration. Behavioral Health and Justice Transformation.http://www.floridatac.com/files/document/illnessmanagementand%20recovery-fact-sheet---kim-mueser.pdf. Erişim Tarihi:23.11.2015.

Nasrallah, H. A., Smeltzer, D.J. (2005). Şizofreni Güncel Tanı ve Tedavi Kitabı. 1. Baskı. B. Tekin, Çev. AND Yayıncılık, Ankara.

Özçelik, K. E., Yıldırım, A. (2018). Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 9(2):80-87.

Öztürk, O., Uluşahin, A. (2016). Ruh Sağlıığı ve Bozuklukları.Nobel Tıp Kitapevleri. Ankara.

Park, K.M., Ku J, Choi, S.H., Jang, H.J., Park, J.Y., Kim, S.I., Kim, J.J.(2011). A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: A randomized, controlled trial. Psychiatry Research, 189: 166-172.

Pratt, C.W., Lu, W., Swarbrick, M. ve ark. (2011). Selective provision of Illness Management and Recovery modules. American Journal of Psychiatric Rehabilitation 14:245–258.

Roe, D., Ohayan, H. I., Salyers, M.& Kravetz, S. (2009). A one year folw-up of illness management and recovery: Participants' accounts of its impact and uniqueness. Psychiatric Rehabilitation Journal 32(4), 285-291.
http://dx.doi.org/10.2975/32.4.2009.285.291

Roosenschoon, B. J., Mulder, C.L., Deen, M.L. Weeghel, J. (2016). Effectiveness of illness management and recovery (IMR) in the Netherlands: a randomised clinical trial. BMC Psychiatry. 16:73.

Roosenschoon, B.J, van Weeghel, J, Bogaards, M. (Moniek), Deen, M, & Mulder, C.L. (2016). Illness Management & Recovery (IMR) in the Netherlands; a naturalistic pilot study to explore the feasibility of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry, 16(1).

Salyers, M.P., Godfrey, J.L., Mueser, K.T., Labriola, S. (2007). Measuring illness management outcomes: a psychometric study of clinician and consumer rating scales for illness self management and recovery. Community Ment Health J. 43(5):459-80.

Salyers, M.P. Godfrey J.L. Mcguire A.B. Gerhart, T. Rollins, A.L., Boyle, C. (2009). Implementing the Illness Management and Recovery Program for consumers With Severe Mental Illness. Psychiatric Services.60:483-490.

Salyers, M.P., Mcguire, A.B., Rollins, A. L., Bond, G.R., Mueser, K.T., Macy, V.R. (2010). Integrating assertive community treatment and illness management and

recovery for consumers with severe mental illness. Community Ment Health J. 46(4):319-29.

Schooler, N.R. (2006) Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. J Clin Psychiatry: 67 (5):19-23.

Sklar, M., Sarkin, A., Gilmer, T., Groessl, E.The psychometric properties of the Illness Management and Recovery scale in a large American public mental health system.. Psychiatry Res. 30;199(3):220-7.

Söğütoğlu L. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Şizofreni Hastalarına Psikososyal Beceri Eğitimi Uygulanması ve Sonuçları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi ,2014.

Sönmez, S. (2009). Şizofreni hastalarında psikoeğitim grup çalışmasının pozitif ve negatif belirtiler, sosyal işlevsellik, yeti yitimi, içgörü ve yaşam kalites, üzerine etkilerinin incelenmesi. T.C Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Illness Management and Recovery: Evaluating Your Program. HHS Pub. No. SMA-09-4462, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2009.

Summakoğlu, D., Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. Lectio Scientific, 2 (1), 43-61. Retrieved from http://dergipark.gov.tr/lectiosc/issue/39038/457696.

Tanlı S. (2008). Hastalık Yönetimi Programlarının Yararları ve Sağlık sistemi İçinde Kullanılabilirliği. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul.

Thoreson, A., I. (2012). The Outcomes of Illness Management and Recovery on Severe Mental Illness: A Client's Perspective. Journal of International Social Issues. 1(1):53-69.

Uluğ, B., Ertuğrul, A., Göğüş, A., Kabakçı, E. (2001). Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesinin (WHO-DAS-II) Şizofreni Hastalar›nda Geçerlilik ve Güvenilirliği.Türk Psikiyatri Dergisi. 12(2):121-130.

Whitley, R., Gingerich, S., Mueser, K.T. (2009). Implementing the Illness Management and Recovery Program in Community Mental Health Settings: Facilitators and Barriers. Psychiatr Serv. 60(2):202-9.

Yavuz, R. (2008). Şizofreni. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi: S:49-58. http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/62/6205.pdf

Yüksel, Ç.T., Oflaz, F. (2012). Antipsikotik İlaç Kullanan Bir Grup Yatan Hastada İlaç Yönetimi Eğitiminin Değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 3(2):67-74.

Yıldız, M. (2001). Şizofrenide psikososyal beceri eğitimi. Klinik Psikiyatri Derg. (4): 119-123.

Yıldız, M. (2004). Psikiyatrik Rehabilitasyon. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Erler Matbaacılık. İstanbul.

Yıldız, M., Veznedaroglu, B., Eryavuz, A., Kayahan, B. (2004). Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. Intenational Journal of Psychiatry in Clinical Practise. (8): 219-225.

Yılmaz, E. (2016). Şizofreni hastalarında farkındalik temelli psikososyal beceri eğitiminin işlevsel iyileşme ve içgörü düzeyine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi.Erzurum.

T.C. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, sayı: 6114, 17.02.2011.

8. FORMLAR

EKLER

(Ek- 1) Kişisel Bilgi Formu

(Ek- 2) Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği

(Ek- 3) Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu

(Ek- 4) Ölçeğin ilk Türkçe uyarlaması

(Ek- 5) Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programının Kullanım İzin Yazısı

(Ek- 6) Etik Kurul İzni

(Ek- 7) Kurum İzni

(Ek- 8) Gönüllü Olur Formu

(Ek- 1) Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız: _____

2. Cinsiyetiniz: a) ( ) Kadın b) ( ) Erkek

3. Eğitim durumunuz nedir?

a) ( ) İlköğretim mezunuyum.

b) ( ) Lise mezunuyum

c) ( ) Üniversite mezunuyum.

d) ( ) Yüksek Lisans/Doktora mezunuyum.

4. Medeni Durumunuz nedir?

a) ( ) Evliyim

b) ( ) Bekarım

c) ( ) Boşanmış/Ayrı yaşıyorum

5.Meslek ve çalışma durumunuz nedir?

a) ( ) Çalışmıyorum

b) ( ) Çalışıyorum

c) ( ) Serbest mesleğim var

d) ( ) Emekliyim

6. Sosyal güvencesiniz var mı?

a) ( ) Evet b) ( ) Hayır

7) Birlikte yaşadığınız kişiler ?

a) ( ) Yalnız yaşıyorum

b) ( ) Eş/Çocukla yaşıyorum

c) ( ) Anne/Baba ile yaşıyorum

8. Hastalık süresiniz nedir?_____

9. Toplam hastaneye yatış sayısınız nedir?_____

10. Alkol kullanır mısınız? a) ( ) Evet b) ( ) Hayır

11. Madde kullanır mısınız? a) ( ) Evet b) ( ) Hayır

(Ek- 2) Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği

Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği

Hastanın Kendini Değerlendirmesi

Lütfen birkaç dakikanızı ayırıp, aşağıdaki sorulara kendinize uygun olan cevapları işaretleyiniz.

1.Kişisel hedefler doğrultusunda ilerleme: Son 3 ayda …… yaptım.

1	2	3	4	5
Kişisel hedeflerim olmadı.	Kişisel bir hedefim var ama gerçekleştirmek için bir şey yapmadım.	Kişisel bir hedefim var ve gerçekleştirmek için çok az yol kat ettim.	Kişisel bir hedefim var ve gerçekleştirmek için oldukça yol kat ettim.	Kişisel bir hedefim vardı ve gerçekleştirdim.

2. Bilgi: Hastalığın belirtileri, tedavi, başa çıkma yöntemleri ve ilaçlar hakkında ne kadar çok şey bildiğini hissediyorsun?

1	2	3	4	5
Çok değil	Biraz/Azıcık	Biraz	Biraz daha fazla	Oldukça çok

3.Aile ve arkadaşların ruhsal hastalığımda tedaviye katılımı: Senin için önemli aile üyeleri, arkadaşlar, erkek arkadaş/kız arkadaş ve diğer kişiler ruhsal hastalıklar tedavinize ne kadar katılıyorlar?

1	2	3	4	5
Hiç katılmıyorlar.	Sadece ciddi bir sorun olduğunda	Bazen, durumlar kötüye gitmeye başladığında	Çoğu zaman	Çoğu zaman ve gerçekten ruh sağlığım konusunda yardımcı oldular

4. Ailem dışındaki insanlarla iletişim kurma: Bir haftada, ailen dışındaki kişilerle (bir arkadaş, iş arkadaşı, sınıf arkadaşı, ev Arkadaşı, vb gibi) ne kadar konuşursun?

1	2	3	4	5
0 saat/haftada	1-2 saat/haftada	3-4 saat/haftada	6-7 saat/haftada	8 ve daha fazla saat/haftada

5. Toplumsal rollerde geçirilen zaman: Çalışma, gönüllülük, öğrencilik, anne/baba olma, birine bakım verme veya başka birinin evinde vakit geçirmede ne kadar zamanını harcarsın? Yani, ne kadar zamanını aktivite yapma, sizden beklenen başka kişilerle birlikte olma ile geçiriyorsunuz? (Bu öz-bakım veya kişisel bakımı içermez).

1	2	3	4	5
2 saat veya daha az/haftada	3-5 saat/haftada	6-15 saat/haftada	16-30 saat/haftada	30 saatten fazla/haftada

6. Hastalık belirtilerinin sıkıntı düzeyi: Hastalığının belirtileri seni ne kadar rahatsız ediyor?

1	2	3	4	5
Belirtilerim beni çok rahatsız ediyor	Belirtilerim beni oldukça rahatsız ediyor	Belirtilerim beni biraz rahatsız ediyor	Belirtilerim beni çok az rahatsız ediyor	Belirtilerim beni hiç rahatsız etmiyor

7. İşlevselliğin (Günlük hayattaki uğraşlarınız) bozulması: Belirtileriniz yapmayı istediğiniz ya da yapmanız gerekenlere ne kadar engel olmaktadır?

1	2	3	4	5
Belirtilerim önümde çok engel	Belirtilerim önümde oldukça engel	Belirtilerim önümde bir miktar engel	Belirtilerim önümde çok az engel	Belirtilerim önümde hiç engel değil

8.Hastalık tekrarını önleme planı: Aşağıdakilerden hangisi hastalığınızın tekrarını önlemek için ne yaptığınızı ya da ne bildiğinizi en iyi tarif ediyor?

1	2	3	4	5
Nasıl önlendiğini bilmiyorum	Çok az biliyorum ama önleme planımı yapmadım	Yapabileceğim bir iki şeyi biliyorum ama yazılı bir planım yok	Yapabileceğim birkaç şey var ama yazılı bir planım yok	Planımı yaptım, bunu başkaları ile paylaştım

9.Belirtilerin tekrarlaması: Belirtileriniz en son ne zaman tekrarladı? (Ne zaman daha kötüye gitti)?

1	2	3	4	5
Son bir ay içinde	Son 2-3 ay içinde	Son 4-6 ay içinde	Son 7-12 ay içinde	Son bir yıl içinde olmadı

10. Hastaneye yatış: Son zamanlarda ruh sağlığı ve madde bağımlılığı nedenleriyle hastaneye yatışınız oldu mu? Ruh sağlığı ve madde bağımlılığı nedeniyle en son ne zaman hastaneye yattınız?

1	2	3	4	5
Son bir ay içinde	Son 2-3 ay içinde	Son 4-6 ay içinde	Son 7-12 ay içinde	Son bir yıl içinde hastaneye yatışım olmadı

11. Baş etme: Ruhsal ve duygusal hastalığınız ile başa çıkmayı günden güne ne kadar iyi baş ettiğinizi hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5
Hiç iyi değil	Çok iyi değil	İyi	Daha iyi	Çok iyi

12.Kendi kendine yardım aktivitelerine katılım: Akran, ayaktan destek grupları, adsız alkolikler, toplum ruh sağlığı merkezleri ziyaret etme ve ya benzer kendine yardım programlarına ne kadar katılırsınız?

1	2	3	4	5
Kendi kendine yardım aktiviteleri hakkında hiçbir şey bilmiyorum	Bazı kendi kendine yardım aktivitelerini biliyorum ama ilgilenmiyorum	Kendi kendine yardım aktiviteleri ile ilgileniyorum ama son bir yıl içinde hiç katılmadım	Kendi kendine yardım aktivitelerine bazen katılıyorum	Kendi kendine yardım aktivitelerine düzenli olarak katılıyorum

13.Düzenli ilaç kullanma: (Doktorunuz size ilaç reçete etmediyse bu soruyu cevaplamayınız) Doktorunuzun tarif ettiği gibi ilaçlarınızı ne sıklıkta kullanırsınız?

1	2	3	4	5
Asla	Ara sıra	Yarı zamanlı	Çoğu zaman	Her gün

14.Alkol kullanımına bağlı işlevselliğin etkilenmesi: Son 3 ay içinde alkol kullanımı günlük hayatınızı, aile, arkadaş, toplumsal, maddi hayatınızın önünde ne derece engel oldu?

1	2	3	4	5
Alkol kullanımı önümde çok engel oldu	Alkol kullanımı önümde epeyce engel oldu	Alkol kullanımı önümde oldukça engel oldu	Alkol kullanımı önümde çok az engel oldu	Alkol kullanımı işlevselliğimin önünde hiç engel olmadı

15.Madde kullanıma bağlı işlevselliğin etkilenmesi: Son 3 ay içinde madde kullanımı günlük hayatınızı, aile, arkadaş, toplumsal, maddi hayatınızın önünde ne derece engel oldu?

1	2	3	4	5
Madde kullanımı önümde çok en gel oldu	Madde kullanımı önümde epeyce engel oldu	Madde kullanımı önümde oldukça engel oldu	Madde kullanımı önümde çok az engel oldu	Madde kullanımı işlevselliğimin önünde hiç engel olmadı

(Ek- 3) Sosyal İşlevsellik Ölçeği-Hasta Formu

SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ

Hasta Formu

İSİM:_____

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

1. Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap:_____

2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap:_____

_____

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

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

   Hafta içi ortalama _____

   Hafta sonu ortalama _____
   (eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

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

   Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler

0-3	Tek başına geçirdiği süre çok az	☐
3-6	Zamanın bir kısmı	☐
6-9	Zamanın önemli bir kısmı	☐
9-12	Zamanın büyük bir kısmı	☐
12	Hemen hemen zamanın hepsi	☐

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

   Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

   ☐ ☐ ☐ ☐

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

   Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

   ☐ ☐ ☐ ☐

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

   Onlardan kaçınma ☐
   Huzursuz olma ☐
   Onları kabul etme ☐

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

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

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

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

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

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

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - YETKİNLİK

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

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

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - PERFORMANS

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

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

İŞ/MESLEK

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

Evet/Hayır (altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE: Ne tür bir iş?_____
   Haftada kaç saat çalışıyorsunuz?_____
   Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz?_____

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA: En son ne zaman bir işte çalıştınız?_____
   Ne tür bir işti?_____
   Haftada kaç saat çalışırdınız?_____

Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi? EVET/HAYIR (altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz? EVET/HAYIR (altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

•

Kesinlikle evet/Zorlanırım/Kesinlikle hayır

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

•

Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

(EK- 4) Ölçeğin İlk Türkçe Uyarlaması

Hastalık Yönetim ve İyileşme Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Özellikleri

Polat, S., Kutlu,F.Y., Gültekin, K.B. (2018). Hastalık Yönetim ve İyileşme Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. American Psychiatric Association Annual meeting. May 5-9, New York, USA.

ÖZET:

Hastalık Yönetimi ve İyileşme (Illness Management and Recovery-IMR) programı, şizofreni gibi ciddi akıl hastalıkları olan hastaları eğiterek iyileşmeyi teşvik etmeyi amaçlamaktadır. HYİÖ, hastaların iyileşme ve daha iyi hastalık yönetimine doğru ilerlemesini izlemek için geliştirilmiştir. Önceki çalışmalarda, ruhsal bozukluğu olan hastalar için HYİÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliği sağlanmıştır. (Sayers ve ark.2007, Hassan-Ohayan ve ark.2008). Hassan-Oyanve ark. (2008), ruhsal bozukluğu olan hastalar için HYİÖ'nün faktör yapısını inceleleyip, ruhsal bozukluk ile baş etmeyi, kişisel hedef belirlemeyi ve ilaç yönetimini ele alan üç faktör bulmuşlardır. Hem tek faktör hem de üç faktörlü modellerin kullanımı ruhsal bozukluğu olan kişiler için belirlenmiştir (n = 10.659) (Sklar ve ark.2012).

Yöntem

Bu çalışmanın amacı şizofreni hastalarında hastalık yönetimi ve iyileşme ölçeğinin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin belirlenmesidir.

Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırma tipinde Ocak-Mart 2017 tarihleri arasında İstanbulda bir Ruh ve Sinir Hastaları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini 75 şizofreni hastası oluşturmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 41.6 ± 10.9 yıl (18–65 yaş) olup, % 60'ı (n = 45) erkek,% 60'ı (n = 45) hiç evlenmemiştir (Tablo-1). Araştırmada araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ve Hastalık Yönetim ve İyileşme Ölçeği kullanılmıştır. HYİÖ'nin geliştirilmesi, hastalık yönetimini ve kişisel hedeflere doğru ilerlemeyi teşvik etmek için tasarlanan Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programını (HYİP) değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, hastalık yönetiminin ve iyileşmenin

çeşitli yönlerini ele almaktadır. Ölçeğin çalışanlar ve hastalar için olmak üzere iki versiyonu bulunmaktadır. Mevcut çalışmada hasta versiyonu kullanılmıştır. Ölçek 15 maddeden oluşmakta ve bu maddelerin her biri 5 puanlık likert tipi derecelendirilmektedir (Mueser ve ark.20012, Mueser ve ark.2006). Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan çalışamın etik onayı alındıktan sonra çalışmaya katılan hastalar ve aile üyeleri Helsinki Bildirgesi'ne göre bilgilendirilmiş, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Bulgular

HYİÖ 'nin çevirisi: HYİÖ İngilizce ve Türkçeyi bilen 3 uzman tarafından Türk diline çevrilmiştir. Daha sonra, Türkçe'den İngilizceye tekrar çevrilmiştir. Araştırmacılar çevrilmiş Türkçe ölçeği ve orijinal HYİÖ'ni karşılaştırmış ve dil uzmanı yardımıyla küçük düzeltmeler yapmışlardır.

HYİÖ'nün Türkçe uyarlaması içerik geçerliliği (Content Validity Index-CVI) için uzman görüşüne sunulmuştur (Erefe, 2002). Uzman paneli, psikiyatri hemşiresi de dahil olmak üzere 10 hemşire akademisyenden oluşmuştur. CVI'yı değerlendirmek için Davis (1992) tekniği kullanılmıştır. Uzmanlardan her bir ölçek maddesini, 1 (uygun olmayan) ile 4 (çok ilgili) arasında değişen dört puanlık likert ölçeğine göre derecelendirmeleri istenmişti. CVI, 3. ve 4. seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısını toplam sayıya bölerek elde edilmiştir. Düşük bir CVI, yeterli içerik geçerliliği sağlamak için belirli maddelerin elden çıkarılması veya gözden geçirilmesi gerektiğini göstermektedir (Polit %Beck, 2006). İlk CVI 0,80 bulunmuştur. Uzman görüşleri doğrultusunda son şekli verilen ölçeğin CVI değeri 0.93 olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Ölçeğin güvenilirliği, iç tutarlılık ve testi yarıya bölme yöntemiyle belirlenmiştir. Ölçeğin alfa katsayısı 0.78, HYİÖ'nin yarı yarıya güvenilirliği 0.71 olarak bulunmuştur. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Sonuç olarak çalışma bulguları, Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının, şizofreni hastalarının hastalık yönetimi ve iyileşmesini ölçmek için uygun bir araç olduğunu göstermiştir. HYİÖ, Türkiye'de şizofreni hastalarının rutin değerlendirmesi, iyileşme bakımı ve tedavisinde kullanılabilir. Ancak bu çalışmada örneklem büyüklüğü küçüktü. Çalışmanın daha büyük örneklem grubunda tekrarlanması öneri olarak sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler

Hastalık Yönetimi, iyileşme, şizofreni

Tablo-1: Bireysel Özellikler

Özellikler		Ort±SD	Min-Max
Yaş		41,6±10,9	18-65
		n	**%**
Cinsiyet	**Kadın**	30	40,0
	Erkek	45	60,0
Medeni durum	**Bekar**	45	60,0
	Evli	30	40,0

Tablo-2: İçerik Geçerliği

Uzman	Madde 1	Madde 2	Madde 3	Madde 4	Madde 5	Madde 6	Madde 7	Madde 8	Madde 9	Madde 10	Madde 11	Madde 12	Madde 13	Madde 14	Madde 15	
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1
2	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	0,8
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	X	0,86
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	0,93
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1
7	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	0,93
8	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	1
9	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	0,93
10	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	0,86
Uzlaşılan maddeler	10	9	10	10	8	10	10	9	10	9	10	9	10	8	8	Uzman görüş Ort. 0,84
Toplam	1,00	0,9	1,00	1,00	0,8	1,00	1,00	0,9	1,00	0,9	1,00	0,9	1,00	0,8	0,8	CVI 0,93

Tablo-3: HYİÖ'nün Madde Toplam Puan Korelasyonu

Maddeler				
Madde 1	41,7600	68,455	,415	,763
Madde 2	41,2800	66,448	,462	,758
Madde 3	40,5467	67,251	,368	,767
Madde 4	40,9600	67,715	,361	,767
Madde 5	41,2800	68,718	,327	,770
Madde 6	41,0133	67,284	,359	,768
Madde 7	41,0000	64,595	,474	,756
Madde 8	41,7067	61,588	,631	,740
Madde 9	41,6000	65,432	,377	,767
Madde 10	42,5600	73,223	,183	,781
Madde 11	41,1200	66,269	,506	,755
Madde 12	42,0400	69,282	,341	,769
Madde 13	39,8933	64,691	,472	,757
Madde 14	38,9600	75,390	,230	,777
Madde 15	38,9733	75,486	,204	,778

Kaynaklar

Erefe, İ. (Ed.) (2002). Hemşirelikte Araştırma, İlke Süreç ve Yöntemleri. İstanbul. Odak Ofset,180-181

Fardig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F., Fredriksson, A. (2011).A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for Persons With Schizophrenia.Psychiatric Services 62: 606–612.

Haason-Ohayan, I., Roe, D., Kravetz, S. (2007). A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of the Illness Management and Recovery Program. Psychiatric Services 58:1461-1466.

Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., Herz, M.I. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. Psychiatr Serv. 53(10):1272-84.

Polit, D.F., Beck, C.T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. .Res Nurs Health. Oct;29(5):489-497.

Salyers, M.P., Godfrey, J.L., Mueser, K.T., Labriola, S. (2007). Measuring illness management outcomes: a psychometric study of clinician and consumer rating scales for illness self management and recovery. Community Ment Health J. 43(5):459-80.

Sklar, M., Sarkin, A., Gilmer, T., Groessl, E.The psychometric properties of the Illness Management and Recovery scale in a large American public mental health system.. Psychiatry Res. 30;199(3):220-7.

Mueser, K.T., Meyer, P.S., Penn, D.L., Richard, C., Clancy, D.M., Salyers, M. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. Schizophrenia Bulletin. (32):32–43.

(Ek- 5) Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programının Kullanım İzin Yazısı

---------- Forwarded message ----------
From: **Mueser, Kim** <mueser@bu.edu>
Date: 2015-11-20 14:29 GMT+02:00
Subject: Re: Request for the illness management and recovery programme and scale
To: Yasemin Kutlu <ykutlu@gmail.com>
Cc: Susan Gingerich <gingsusan@yahoo.com>

Hi yasemin, thank you for your interest in the IMR program.

Yes, I'd be happy to give you permission to translate the scale and the program. The scales are attached (clinician IMR and client IMR) and a third, more recently developed one for caregivers.

Regarding the imr program, the 2nd edition of the program is available for free from the substance abuse and mental health services administration (SAMHSA), and can be downloaded (PDFs) from this website:
http://store.samhsa.gov/product/SMA09-4463

Please let me know if you have any problems downloading the program documents.

In addition, there is a 3rd edition of the program, published by hazelden which costs money. If you are interested in translating that version, I can put you in contact with the publishers.

I'm also attaching a publication list related to the IMR program.

I'm cc'ing this to susan gingerich, who developed the IMR program with me.

Best wishes, kim

Kim T. Mueser, Ph.D.
Executive Director
Center for Psychiatric Rehabilitation
Boston University
940 Commonwealth Ave. West
Boston, MA 02215

Phone: 617-353-3549
FAX: 617-353-7700

email: mueser@bu.edu

From: Yasemin Kutlu <ykutlu@gmail.com>
Date: Thursday, November 19, 2015 at 7:59 AM
To: "Kim T. Mueser" <Kim.T.Mueser@dartmouth.edu>
Subject: Request for the illness management and recovery programme and scale
Resent-From: <Kim.T.Mueser@dartmouth.edu>
Resent-Date: Thursday, November 19, 2015 at 8:00 AM

Dear Kim Mueser,
I'm a associate professor in Istanbul University Florence Nightingale Nursing Faculty. In literature review, we reach your article about the illness management and recovery

programme. We want to make the doctoral thesis about effectiveness of illness management and recovery programme in schizophrenia with my doctoral student Selda AYDIN. Firstly, we want to test the illness management and recovery scale for Turkish schizophrenia patients and adapt the Turkish language. Later, we want to practice the illness management and recovery programme in schizophrenia patients. Can you permit to use this scale and this programme? Can you sent scale, evaluation of scale and programme?
We thanks to your interest.

We are looking forward your respond.

Best regards.

Yasemin Kutlu, Associate Professor
Istanbul University,
Florence Nightingale Nursing Faculty
Psychiatric Nursing Department
00 212 440 00 00/27008

(Ek- 8) Gönüllü Olur Formu

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU-1

Sayın katılımcı;

‘’Şizofreni tanılı hastalarda hastalık yönetimi ve iyileşme programının etkinliği’’ isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Çalışmada şizofreni tanısı almış hastaların hastalık yönetimi ve iyileşme programının etkinliği ve sosyal işlevselliklerinin ölçeklerle değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Sizlerden alınan bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmamızın geçerliliği ve size verilecek hizmetlerin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Çalışmaya katılmanız durumunda, araştırmacı tarafından yapılacak bir değerlendirme görüşmesine katılmanız gerekmektedir. Bu görüşmede çalışmanın size uygun olup olmadığını belirlenecektir. Değerlendirme sonrası uygun şartları sağlamanız halinde çalışmanın ölçekleri uygulanacaktır.

Araştırmacı tarafından size uygulanacak ölçekler; Sosyodemografik veri formu, Hastalık Yönetimi ve İyileşme Ölçeği (HYİÖ),Sosyal işlevsellik Ölçeği-Hasta Formu (SİÖ)’dir. Ölçek sonrası belirlenen eğitim grubuna eğitim programı uygulanacaktır. Eğitim programı ile hastaların kendi hastalıklarını yönetebilmesi ve sosyal işlevselliğinin artması hedeflenmektedir.Eğitimler 20 seans sürecek olup her hafta üç eğitim olacak şekilde yaklaşık 60 dakika sürebilir. Bu çalışma, sağlığınız üzerinde herhangi bir risk oluşturması söz konusu değildir. Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız taktirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacılar tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Araştırmayı kabul etmeme durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkarıldığınızda, tedavinizde bir aksama olmayacaktır. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse araştırma sonuçları yayımlandığında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Bu çalışma sırasında sizden bir ücret alınmayacak ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumunuza bir araştırma gideri yüklenmeyecek ve çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.
Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

Uzm.Hem.Selda POLAT
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E.A.H.

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU-2

ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

"Şizofreni tanılı hastalarda hastalık yönetimi ve iyileşme programının etkinliği'' isimli araştırma, Araştırmacı Selda POLAT tarafından açıklandı.

Araştırmanın, çeşitli psikiyatrik testler uygulanmak üzere, kendisi tarafından yürütüleceğini belirtti. Araştırmaya katılmam halinde uygulanan testlerin gizlilik içinde yürütüleceğini, gerekirse testlere başladıktan sonra araştırmadan ayrılabileceğimi açıkladı.

Bu araştırma hakkında sözel olarak bilgilendirildim ve araştırmanın amacı açıklandı. Kendi isteğim ve arzumla bu araştırmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih:

Araştırmaya katılan gönüllü hastanın;

Adı soyadı **:**

İmzası **:**

Araştırmayı yürüten araştırmacının;

Adı soyadı **:** SELDA POLAT
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E.A.H.

İmzası :

ETİK KURUL KARARI

(Ek- 6) Etik Kurul İzni

ERENKOY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KOD	EY.FR.05	YAY.TR.	12.05.2016	REV.TR		REV.NO		SAYFA	3

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni tanılı hastalarda hastalık yönetimi ve iyileşme programının hastalık yönetimi ve işlevsellik üzerine etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	19 Mayıs mah. Sinan Ercan Cad. No:29 Kazasker/Kadıköy/İstanbul
	TELEFON	0 216 3025959 / 498
	FAKS	0 216 4118060
	E-POSTA	erenkoy.etikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Selda AYDIN POLAT			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	X		
		Diğer ise belirtiniz			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ X	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Seher AKBAŞ

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KOD	EY.FR.05	YAY.TR.	12.05.2016	REV.TR		REV.NO		SAYFA	3

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni tanılı hastalarda hastalık yönetimi ve iyileşme programının hastalık yönetimi ve işlevsellik üzerine etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Seher AKBAŞ

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe X İngilizce Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe X İngilizce Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe İngilizce Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe İngilizce Diğer

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	X	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU		
	İLAN		
	YILLIK BİLDİRİM		
	SONUÇ RAPORU		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ		
	DİĞER:		

KARAR BİLGİLERİ

Karar No: 8 **Tarih:** 01.12.2016

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/ çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, çalışmanın altı (6) ayı geçerse altı aylık bildirimlerinin yapılmasına, tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza üç (3) ay içinde bildirilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Seher AKBAŞ
İmza:

ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

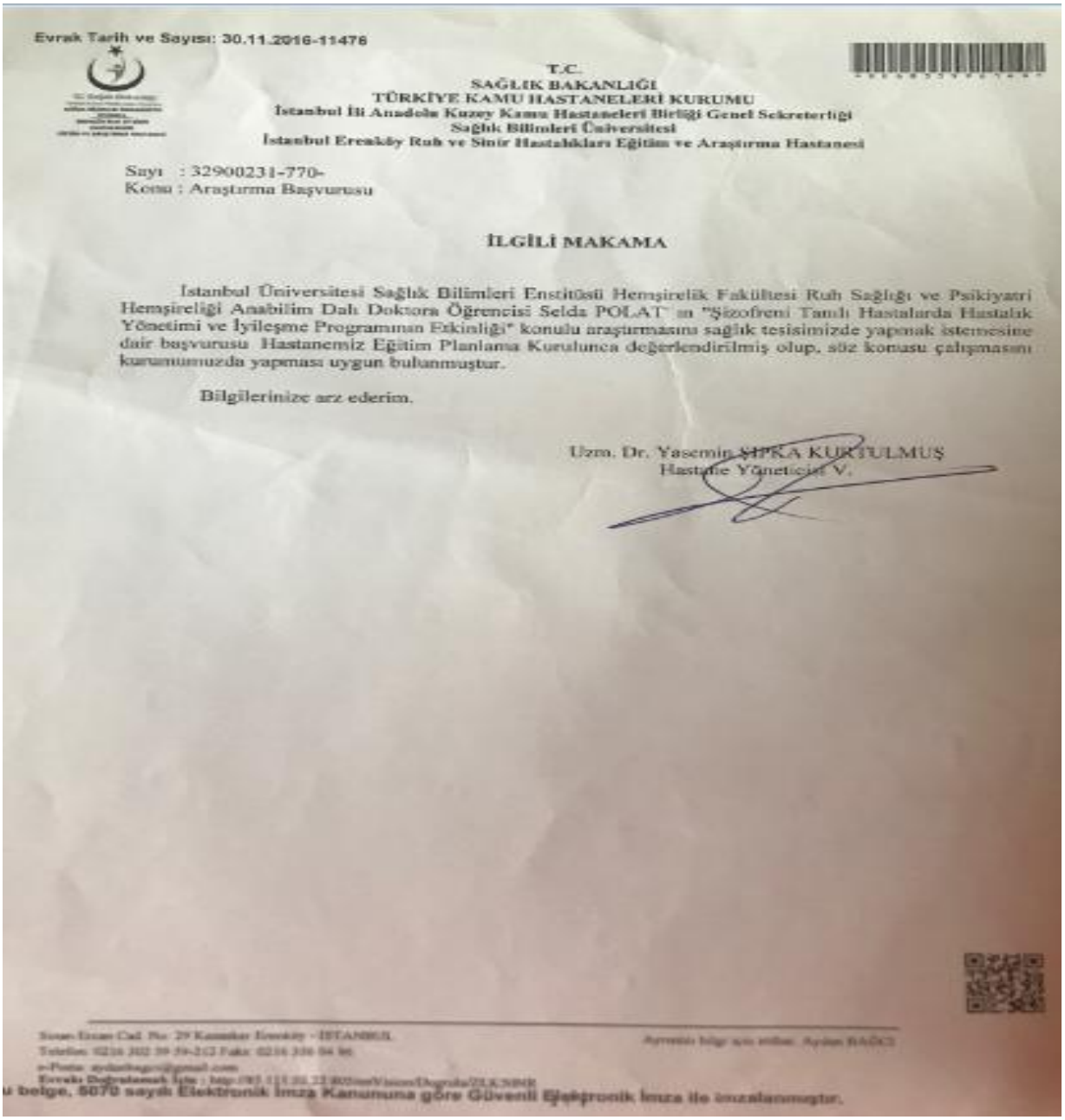
KOD	EY.FR.05	YAY.TR.	12.05.2016	REV.TR		REV.NO		SAYFA	3

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni tanılı hastalarda hastalık yönetimi ve iyileşme programının hastalık yönetimi ve işlevsellik üzerine etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç Dr. Seher AKBAŞ	Çocuk Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Doç Dr.Gülay KENANGİL	Nöroloji	Erenköy RSHEAH	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Doç Dr. S.Füsun DOMAÇ	Nöroloji	Erenköy RSHEAH	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Doç Dr. E. Emrem BEŞTEPE	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Doç Dr. Hüseyin GÜLEÇ	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Doç Dr. Bülent K. GÜLTEKİN	Psikiyatri/Halk Sağlığı	Erenköy RSHEAH	E☒	K☐	E☒	H☐	E☐	H☒	
Prof. Dr. S. Ferda KALFAĞASIOĞLU	Farmakoloji	Yeditepe Üniversitesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Yard. Doç. Dr. Alper YILDIRIM	Fizyoloji	Marmara Üniversitesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Uzm. Dr. İshak SAYGILI	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Uzm. Dr. Merih ALTINTAŞ	Psikiyatri	Erenköy RSHEAH	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Taşkın AZİZAĞAOĞLU	Hukuk	Serbest Avukat	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Ş. Yeşim BAYRAMOĞLU	Sivil Üye	-	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Seher AKBAŞ
İmza:

(Ek- 7) Kurum İzni



Evrak Tarih ve Sayısı: 30.11.2016-11478

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 32900231-770-
Konu : Araştırma Başvurusu

İLGİLİ MAKAMA

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Selda POLAT' ın "Şizofreni Tanılı Hastalarda Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programının Etkinliği" konulu araştırmasını sağlık tesisimizde yapmak istemesine dair başvurusu Hastanemiz Eğitim Planlama Kurulunca değerlendirilmiş olup, söz konusu çalışmasını kurumumuzda yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Yasemin ŞİPKA KURTULMUŞ
Hastane Yöneticisi V.

Sosyal Ekonomi Cad. No: 29 Kozyatağı Erenköy - İSTANBUL
Telefon: 0216 302 39 59-213 Faks: 0216 330 04 96
e-Posta: aydinbagci@gmail.com
Evrakı Doğrulamak İçin : http://[illegible]

u belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARDA HASTALIK YÖNETİMİ ve İYİLEŞME PROGRAMININ ETKİNLİĞİ

ORIJINALLIK RAPORU

%7	%6	%2	%2
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
2	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
3	www.rchpjournal.com İnternet Kaynağı	<%1
4	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	<%1
5	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
6	DİKEÇ, Gül and KUTLU, Yasemin. "Bir grup şizofreni hastasında tedaviye uyum ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2014. Yayın	<%1
7	sbu.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	SELDA	**Soyadı**	(AYDIN) POLAT
Doğ.Yeri	KADIKÖY	**Doğ.Tar.**	18.05.1983
Uyruğu	T.C	**TC Kim No**	43639066412
Email	selda.aydin83@hotmail.com	**Tel**	5445105717

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	İSTANBUL ÜNİVERSİTRSİ-CERRAHPAŞA FLORENCE NİGHTİNGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ	2013-……..
Yük.Lis.	MARMARA ÜNİVERSİTESİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ A.B.D.	2009
Lisans	MARMARA ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU	2005
Lise	SÜLEYMAN DEMİREL YABANCI DİL AĞIRLIKLI LİSE	2001

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	HEMŞİRE	ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ	2005-2006
2.	HEMŞİRE	ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI E.A.H.	2006-…
3.			-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**YÖKDİL Puanı**
İngilizce	İyi	Orta	Orta	56,25	60

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı			
(Diğer) Puanı	75	77	78

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office	İYİ

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Eserler

1. Ünsal G. Karaca S, Arnik M, Can Öz Y, Aşık E, Kızılkaya M, Duran S, Aydın S, Türk D, Şıpkın S. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. MÜSBED 2014;4(2):90-95

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

1. Agresyon durumlarında uygulanan hemşirelik protokolleri. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı(Uluslararası katılımlı).24-26 Haziran 2010. Samsun. s: 44-45.

2. Ceylan, B., Aydın, S., Aydöner, H. Servis ortamının hastalar tarafından değerlendirilmesi (Sözel Bildiri). III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. 01-03 Eylül 2014. Ankara. s:152.

3. Polat, S., Kutlu, F.Y, Gültekin, B. K. (2018). Psychometric Properties of the Turkish Version of the Illness Management and Recovery Scale. American Psychiatric Association Annual meeting 2018, May 5-9, New York, USA.

4. Kaya, F., Daştan B.N., Atakoğlu G.A., Polat, S. (2018). Psikiyatri hemşireliği iş stresi ölçeği türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. V.Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Antalya.

Akademik organizasyon (kongre, sempozyum, panel vb.)

Düzenleme kurulu üyeliği

1. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Akut Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Programı 2009

2. II. Psikiyatri Hemşireliği Sempozyumu 31 Mart 2011

3. III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 01-03 Eylül 2014

4. IV.Psikiyatri Hemşireliği Çalıştayı Sekreterliği 29-30 Mayıs 2015

Kongre/sempozyum vb. toplantı davetli konuşmacı- ulusal

1. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı(Uluslararası katılımlı)/ Konuşmacı (Agresyon Durumlarında Uygulanan Hemşirelik Protokolleri) 24-26 Haziran 2010. Samsun.

Kongre/sempozyum, panel katılım ve teşekkür belgeleri

1. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Akut Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Programı 6 Kasım-31 Aralık 2009/ Teşekkür Belgesi, İstanbul.

2. IV.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Uluslararası Katılımlı) 24-26 Haziran 2010/Teşekkür Belgesi, Samsun.

3. İç Hastalıkları Hemşireliği Sertifika Programı 12 Nisan-10 Mayıs 2010/ Teşekkür Belgesi, İstanbul.

4. II. Psikiyatri Hemşireliği Sempozyumu 31 Mart 2011/ Teşekkür Belgesi, İstanbul.

5. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Psikiyatri Hemşireliği Sempozyumu 2 Aralık 2008/ Katılımcı/İstanbul.

6. III.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (Uluslararası katılımlı) 04-06 Haziran 2009, Düzce.

7. I.Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 22-24 Eylül 2011, İstanbul.

8. I.Ulusal İletişim Sempozyumu, 25 Kasım 2011, İstanbul.

9. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitimi ve Uygulaması Çalıştayı-III, 30 Ekim 2013, İstanbul.

10. III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi 1-3 Eylül 2014, Ankara.

Kurs, Sertifika programları

1. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Hizmetiçi Eğitim Hemşiresi Sertifika Programı 2009, İstanbul

2. Sağlık Bakanlığı Hemşirelikte Yönetim ve Liderlik Eğitici Eğitimi 2009.

3. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Hedef Geliştirme 2009, İstanbul

4. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Araştırmalarında Veri Analizi Teknikleri Eğitimi-SPSS Eğitimi 2009.

5. Baltaş Eğitici Eğitimi 2013

6. İstanbul Psikodrama Enstitüsü Psikodrama Eğitimi (Üst Aşama Eğitimi/Yardımcı Terapist) (2014 – Devam ediyor)

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Tiyatro, Dans, Müzik.