

3. RUHSAL İYİLEŞTİRİM KONGRESİ



ÖZET KİTAPÇIĞI



22-24 KASIM 2019
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KOCAELİ



Kongre TÜBİTAK tarafından desteklenmektedir.

3.RUHSAL İYİLEŞTİRİM KONGRESİ

MESLEKİ YETKİNLİK



23-24 KASIM 2019



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİ KONFERANS SALONU
UMUTTEPE / KOCAELİ

www.ruhsalrehabilitasyon.org/kongre2019



Kongre TÜBİTAK tarafından desteklenmektedir

KONGRE BAŞKANI

PROF. DR. MUSTAFA YILDIZ

ONURSAL BAŞKANLAR

PROF. DR. SADETTİN HÜLAGÜ

PROF. DR. COŞKUN ŞARMAN

KONGRE SEKRETERYASI

AYSEL İNCEDERE

AYŞE KIRCALI

CANSIN KARA

DUYGU ESEN

EMRE OSMAN

FATMA BETÜL ABUT

HİLMİ YAŞAR

MEHMET BUĞRAHAN GÜRCAN

MEHTAP GÜNGÖR ÇAĞLAR

DÜZENLEME KURULU

ASLI SARANDÖL

AYŞEN ESEN DANACI

ELİF TATLIDİL YAYLACI

ETEM ERDAL ERŞAN

GÜL ÜNSAL

KÖKSAL ALPTEKİN

NURHAN EREN

ÖDÜL JÜRİ KURULU

LEVENT SEVİNÇOK

NURAY KARANCI

OKAN ÇALİYURT

ZEKİYE ÇETİNKAYA DUMAN

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

ALP ÜÇOK	NERMİN ERSOY
ASLIHAN POLAT	NERMİN GÜNDÜZ
ATILA EROL	NEVİN ERACAR
AYTÜL GÜRSU HARİRİ	NURAY KARANCI
BERNA BİNNUR AKDEDE	NURSU ÇAKIN MEMİK
BESTİ ÜSTÜN	OKAN ÇALİYURT
CEM CERİT	OLCAY ÇAM
CUMHUR TAŞ	OSMAN NEJAT AKFIRAT
ÇINAR YENİLMEZ	ÖZDEN ARISOY
ÇİÇEK HOCAOĞLU	ÖZDEN YALÇINKAYA ALKAR
ESRA AKI	ÖZGÜR MADEN
ESRA YAZICI	ÖZLEM YILDIZ GÜNDOĞDU
FAHRİYE OFLAZ	RABİA BİLİCİ
FATMA KİRAS	RAHİME AYDIN ER
FATMA ÖZ	RUKİYE HAYRAN
FİGEN PASLI	SELMA DOĞAN
GONCA POLAT	SİBEL COŞKUN
GÜL DİKEÇ	ŞÜKRİYE BOŞGELMEZ
GÜLSÜM ANÇEL	UĞUR ÖZDEMİR
HALDUN SOYGÜR	UMUT KARASU
HÜLYA BİLGİN	YILDIRIM BEYATLI DOĞAN
HÜSNÜNUR ASLANTÜRK	YILDIZ ÖZTAN ULUSOY
LEVENT SEVİNÇOK	YÜKSEL CAN ÖZ
LEYLA KÜÇÜK	ZEHRA ARIKAN
MURAT BEYAZYÜZ	ZEKİYE ÇETİNKAYA DUMAN
	ZEYNEP ÖZASLAN

EDİTÖRLER

MUSTAFA YILDIZ
FATMA BETÜL ABUT

ÖNSÖZ

3. RUHSAL İYİLEŞTİRİM KONGRESİ: MESLEKİ YETKİNLİK

Ne mutlu ki ülkemizde ciddi ruhsal hastalığı (CRH) olan bireylerle ilgili iyileştirim çalışmaları giderek artmaktadır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşmasının bu artışta önemli bir katkısı olduğu söylenebilir. Dahası ruhsal iyileştirim (rehabilitasyon) alanında eğitim veren lisans ve yüksek lisans programları açılmaya başlamış, alanda çalışan meslek kişilerinin eğitim ve donanımları önemsenir hale gelmiştir. Ancak yetkin uygulayıcıların yetişme hızının hizmetlerin yaygınlaşma hızından geri kaldığı görülmektedir. Klinikler, TRSM'ler ve dernekler gibi gönüllü kuruluşlarda CRH'si olan bireylere iyileşme yolculuklarında yardımcı olmaya çalışan personelin bilimsel donanım ve yetkinliği irdelenmesi gereken önemli bir konu olarak güncelliğini korumaktadır. Bu bağlamda 3. Ulusal Ruhsal İyileştirim Kongresinin ana izleği "Mesleki Yetkinlik" olarak belirlendi. CRH'si olan bireylere hizmet sunanların mesleki donanım ve yetkinliğinin derinlemesine ele alındığı toplantılarda ruhsal iyileştirimin tedaviye uyum, işlevsellik, iyileşme, ruhsal tedaviler, ailenin yükü, damgalama, iş yaşamı, yasal konular, tıbbi sorunlar, ek-hastalanım, toplum ruh sağlığı hizmetleri ve toplumsal örgütlenmeler gibi alanlarında önemli panel ve kurslara yer verildi.

22-24 Kasım 2019 tarihlerinde Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi konferans salonunda gerçekleşen kongrede sunulmuş olan panel, konuşma özeti ve çalışma metinleri bu kitapçıkta yer almaktadır.

Kongrenin düzenlenmesinde desteği olan TÜBİTAK ve Türkiye Ruh Sağlığı ve Tedavi Vakfına burada bir kez daha teşekkür etmek isterim.

Kongre Başkanı
Mustafa Yıldız

PANEL SUNUMLARI

P2. Şizofreni ve Çalışma Yaşamı

P2/3. ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLER NEREDE VE NASIL ÇALIŞABİLİR?

Zekiye Çetinkaya Duman, Gülsüm Zekiye Damlarkaya, Ayşe Sarı, Köksal Alptekin

Şizofreni tanılı bireylerin iyileştiriminde mesleki istihdam önemli bir rol oynamasına rağmen istihdam oranları %10 ila %25 gibi düşük oranlarda seyretmektedir. Şizofreni tanılı bireylerinin %14.5'i rekabetçi istihdama (normal işler) %12.6'sının rekabetçi olmayan istihdama (korumalı ve desteklenen işler) katıldığı ve %72.9'nun ise istihdama katılmadığı bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çok merkezli bir araştırmada istihdam oranı %11 olup diğer ülkelerle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Çalışmalarda hastaların evli olmasının, kırsal yerde yaşamanın, hastalık öncesi iyi işlevselliğin ve hastalık öncesi çalışma geçmişi olmasının istihdam oranlarını arttırdığı bulunmuştur. Ayrıca hastaların içsel motivasyona ve iç kontrol odağına sahip olmasının başarılı istihdamda kilit bir faktör olduğu görülmektedir. Tam zamanlı çalışan hastaların hafıza, dikkat ve yürütücü işlevlerinin işsiz olanlara göre daha iyi olduğu; bilişsel yeteneklerin, sosyal becerilerin ve problem çözme becerilerinin yetersiz olmasının hastaların istihdamda yer alamaması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Şizofreni hastalarında hastalık belirtileri ile iş edinme arasındaki ilişkisinin incelendiği bir takip çalışmasında 18 ay süresince çalışma deneyimi olan katılımcıların belirti şiddetinin daha düşük olduğu, pozitif belirtilerin olmasının çalışma hayatına katılımı etkilemediği bulunmuştur. Süreğen ruhsal sorunları olan bireylerin istihdamına yönelik yapılan meta analizde bireylere yönelik oluşturulan istihdam programları ile bireyler, tam zamanlı ve korumalı işlerde çalışabildikleri belirtilmiştir.

Bu sunumda şizofreni tanılı bireylerin istihdamı ile ilgili literatür ile birlikte şizofreni hastalarının çalışma yaşamına ilişkin görüşlerinin incelendiği nitel araştırma bulguları verilecektir. Şizofreni tanılı bireylerin nerede ve nasıl çalışabilir sorularının yanıtı şizofreni tanılı bireylerin bakış açısı ile aktarılacaktır.

Kaynaklar

1. Suijkerbuijk, Y. B., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbière, M., & Anema, J. R. Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017; Issue 9. Art. No.: CD011867.
2. Rosenheck, R., Leslie, D., Keefe, R., McEvoy, J., Swartz, M., Perkins, D., & CATIE Study Investigators Group. Barriers to employment for people with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 2006; 163(3), 411-417.
3. Yıldız, M., Kaytaç Yılmaz, B. N., İncedere, A., Abut, F. B., Aydın, A. Ö., Sarandöl, A., & Erşan, E. E. Rates and correlates of employment in patients with schizophrenia: A multicenter study in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 2019; 65(3), 235-243.

P2/4. RUH SAĞLIĞINDA MESLEKİ REHABİLİTASYON

Esra Akı

Çalışma becerisi yaşam boyu süren ve ruh sağlığında meydana gelen değişimlerden etkilenebilen bir süreçtir. Adolesan dönemde ruh sağlığı bozukluğunun ortaya çıkmasına bağlı olarak mesleki gelişim fırsatları kesintiye uğrayabilir ve kişinin mesleki katılımı için fırsatları kaçırmaya yol açabilir. Şizofreninin özellikle adolesan ve genç yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı düşünüldüğünde mesleki gelişim açısından önemi anlaşılabilir.

Şizofreni tanısı alan bireyler mesleki katılımlarını etkileyebilecek iş ve dış engellere karşı yine iç ve dış kaynakları birlikte kullanarak hastalık yönetimi ve çalışma stratejileri geliştirmelidirler. Çalışmaya dönüşün iyileştirici olarak çalışma, mesleki kimliğin yeniden düzenlenmesi ve gelecekte iş planlaması olmak üzere 3 evresi vardır. Bilindiği gibi ruh sağlığı bozukluklarında, özellikle şizofrenide görülen nörokognitif bozukluklar işlevselliği önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle mesleki rehabilitasyon uygulamaları kapsamında kognitif ve nörokognitif becerileri geliştirme stratejilerinin yer alması önem taşımaktadır. Bilişsel davranışsal yaklaşımlar kişilerin mesleki katılım başarısını artırmaktadır.

İşe hazırlık değerlendirmeleri kişinin mesleki aktivite beceri gelişimi, ruh sağlığı bozukluğu ile birlikte görülen işlev bozuklukları ve işin gerekliliklerini içermektedir. İşin değerlendirilmesi ise mesleki davranışlar, iş edinme ve işi sürdürmeye odaklanan bir süreçtir. İşe hazırlık değerlendirmeleri rehabilitasyonun değerlendirme aşamasında önemli bir adımdır. Problemleri azaltma ve günlük rutin davranışları değiştirme temeline dayanır. Bireylerin çalışma rollerinde yapmak istedikleri yaşam tarzı ve çevresel değişiklikleri belirler. Görüşmeler, öz bildirimler ve davranışların gözlenmesi diğer değerlendirmelerdir. Durumsal değerlendirmeler ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin çalışma becerilerinin değerlendirilmesinde tercih edilen bir yaklaşımdır.

Mesleki rehabilitasyon müdahaleleri iş başvurusu yapma, iş yaşamında engelleri yönetme, iletişim, bilişsel ve motor beceriler gibi iş başarısı ve üretkenliğe yönelik meslek öncesi becerilerin geliştirilmesi ile başlar. İlk mesleki rehabilitasyon müdahaleleri “geçişli istihdam modeli”dir. Son yıllarda uygulamalar “desteklenmiş istihdam”a doğru değişim göstermiştir. Ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin desteklenmiş istihdam programı belirli özelliklere sahiptir. Ayrıca müdahale programının çevre ve politika düzeyindeki ilgilileri de içermesi bütüncül bakış çerçevesinde önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: mesleki rehabilitasyon, ruh sağlığı, istihdam

Kaynaklar

1. Brown C., Stoffel VC. “Occupational Therapy in Mental Health”. F.A Davis Company, USA. 2011.
2. Van Dongen DJ. Quality of life and self-esteem in working and non-working persons with mental illness. Community Mental Health Journal, 1996; 32(6), 535-548.
3. Kirsh B., Cockburn L., Gewurtz R. Best practice in occupational therapy: Program characteristics that influence vocational outcomes for persons with serious mental illnesses. Canadian Journal of Occupational Therapy, 2005; 72, 265-279.

P3. TRSM Hizmetlerinin Etkinliği

P3/1. TRSM HİZMETLERİNİN ÖZNEL İYİLEŞME ÜZERİNE ETKİSİ

Aydın Kurt

2008 yılında Türkiye’de Avrupa ülkelerindeki değişimin sonucu olarak toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçiş başlamıştır. Bu kapsamda TRSM’ler şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşadıkları ortamda takip ve tedavilerini sürdürmek, toplumsal işlevselliklerini arttırmak, klinik ve öznel iyileşme süreçlerine katkıda bulunmak ve damgalamayla mücadele etmek için kurulmuştur.

Öznel iyileşme, ruhsal hastalığın yıkıcı etkilerine rağmen bireyin hayatında yeni anlam ve amaçların olması ve hastanın tatmin edici ve üretken bir yaşam sürebilmesi olarak tanımlanabilir. Yeniden umutlanma, kimliğin yeniden inşası, kişinin hayatının bir anlamının olması ve iyileşme için sorumluluk almak öznel iyileşmenin temel bileşenleri olarak dikkat çekmektedir. Klinik iyileşme ve öznel iyileşme eş anlamlı kavramlar olmayıp birbirini tamamlayan kavramlardır ve günümüzde öznel iyileşmede en az klinik iyileşme kadar hastanın yaşam kalitesini etkileyen ve ulaşılması hedeflenen bir kavram haline gelmiştir.

Şizofreni hastalarının öznel iyileşme seviyelerini etkileyen gerek kişilik özellikleri gerekse hastalık belirtileriyle ilgili çok sayıda etken göze çarpmaktadır. Hastanın psikolojik dayanıklılık seviyesi, klinik belirtilerin niteliği, umutsuzluk, benlik saygısı, kendini damgalama seviyesi, olumsuz duygulanımlar ve sosyal destek bu etkenler arasında sayılabilir.

TRSM’lerde psikoeğitim, destekleyici grup terapisi, iş/uğraşı terapisi, ev ziyaretleri ve vaka yöneticisi gibi psikososyal hizmetler sunulmaktadır. TRSM’de hizmet alan şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda, psikoeğitimin ve grup bilişsel davranışçı terapinin hastaların klinik ve öznel iyileşme seviyelerini ve yaşam kalitelerini arttırdığı gösterilmiştir. Yine ülkemizde TRSM hastalarıyla yapılan çalışmalarda, merkezlerde uygulanan rutin hizmetlerin hastaların klinik ve öznel iyileşme seviyelerini, yaşam kalitesini ve toplumsal işlevsellik seviyelerini arttırdığı bildirilmiştir.

Bu sunumda ayrıca Niğde TRSM ve hastane psikiyatri biriminde 145 şizofreni hastasıyla yapılan ve TRSM hizmetlerinin öznel iyileşme üzerine etkisini araştırdığımız çalışmamızda kısa bir özeti yapılacaktır. Bu çalışma sonucunda, TRSM grubundaki hastaların öznel iyileşme seviyelerinin hastane grubundaki hastalardan anlamlı derecede daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Anahtar sözcükler: TRSM hizmetleri, şizofreni, öznel iyileşme, klinik iyileşme

Kaynaklar

1. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*, 2003; 37,586–594.
2. Roe D, Mashiach-Eizenberg M and Lysaker PH. The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophr Res*, 2011; 131, 133–138.
3. Bechdolf A, Knost B, Nelson B, Schneider N, Veith V, Yung AR and Pukrop R. Randomized Comparison of Group Cognitive Behaviour Therapy and Group Psychoeducation in Acute Patients with Schizophrenia: Effects on Subjective Quality of Life. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*,2010; 44(2), 144-150.

P3/2. TRSM HİZMETLERİNİN TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİLERİ

Ayşe Köroğlu

Şizofreni gibi kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde sadece farmakoterapi uygulanarak semptomların yatıştırılması yeterli olmamakta, hastaların toplumsal uyumunu arttırmak için yapılacak müdahaleler de eklenerek hem bireysel hem de toplumsal işlevselliğin arttırılmasına katkıda bulunulmalıdır. Toplumsal uyumdan kastedilen; eğitim alabilmek, çalışabilmek, boş zaman etkinliklerinde yer almak, toplumla ilişkilerini sürdürebilmek, aile ile iletişim içinde olmak, üzerine düşen sorumlulukları ve rolleri yerine getirmek kısacası bakıma veya gözetime gereksinim duymadan gündelik işlerini yerine getirebilmektir. Ruhsal iyileştirim çalışmalarında müdahale alanlarının belirlenmesi bu açıdan oldukça önemli bir role sahiptir. Türkiye’de toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde kronik ruhsal hastalığı bulunan hastaların gerek bireysel gerekse toplumsal işlevselliklerini arttırmak amacı ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM), çok yönlü tedavi ve takip programları uygulanmaktadır. TRSM uygulamalarının şizofreni hastalarında yaşam kalitesini ve işlevselliklerini arttırmada yararlı olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda şizofreni hastalarının tedavisinde ilaç tedavisine ek olarak verilen psiko eğitim, aile eğitimi, sosyal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı terapiler gibi ruhsal toplumsal girişimlerin belirtilerin iyileşmesine ve toplumsal işlevselliğin artmasına yardımcı olduğu saptanmıştır. Bu sunumda Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri biriminde ve TRSM de takip edilen hastalara TİDÖ (toplumsal işlevselliği değerlendirme ölçeği) ‘nin uygulandığı ve sonuç olarak toplumsal işlevselliğin toplam puan ile kişilerarası ilişkiler ve eğlenti puan ortalamalarının TRSM grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu karşılaştırmalı bir çalışmaya yer verilecek ve bu çalışmanın ayrıntıları sunumda özetlenecektir.

Kaynaklar

1. Nasrallah H. Is schizophrenia recovery a “myth”? Curr Psychiatr 2008; 7(5):19-20.
2. Yıldız M ve ark. Şizofreni Hastaları için Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anatolian Journal of Psychiatry 2019; 20(Suppl.2):29-38
3. Bellack AS at al. Green Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a white paper based on an NIMH-sponsored workshop. Schizophr Bull 2007; 33:805-822.

P3/3. TRSM HİZMETLERİNİN KENDİNİ DAMGALAMA ÜZERİNE ETKİLERİ

Fatma Çoker

Damgalanma, dışlama ve ayrımcılık, psikiyatrinin yüzyıllardan beri süregelen ve halen mevcut olan en önemli sorunlarından biridir. Damgalama; bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde o kişinin gözden düşürülmesi, saygınlığının azaltılarak diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesi ve dışlanmasıdır. Ruhsal hastalığı olan birçok kişi toplumdaki ruhsal hastalıklarla ilgili damgalamanın farkındadır ve bu hastaların bazıları kendilerine yönelik damgalamayı onaylamakta ve bunun sonucu olarak kendi kendilerini damgalamaktadırlar. Kendini damgalama bir çeşit başkalarının damgalamasını içselleştirme olarak da görülebilir. Başkalarının kendisi gibi hastaları değersiz gördüğünü ve reddedici olduğunu düşünen bir kişi bu olasılık karşısında korku duyacak ve bir baş etme yöntemi olarak normal görünen insanların arasına karışmaktan kaçınacaktır. İçselleştirilmiş damgalanma; ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumdaki izole olmalarına, psikiyatrik yardım almaktan kaçınmalarına, tedaviye uyumlarının bozulmasına ve prognozlarının kötüleşmesine yol açmaktadır. Damgalanmayla mücadele çalışmalarında; hastaların ilaç tedavileriyle birlikte psikososyal rehabilitasyonlarının yapılabilmesi; kendini damgalanmaya sebep olan etkenlerin belirlenmesi, hastalara, bakım verenlere, sağlık çalışanlarına ve topluma eğitimler planlanması için toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) büyük önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: TRSM, Damgalama; kendini damgalama, ruhsal hastalık.

Kaynaklar

1. Sevindik CS, Özer ÖA, Kolat U, Önem R. Major depresif bozukluğu veya psikotik bozukluğu bulunan hastalarda içselleştirilmiş damgalanma ve işlevsellik üzerine etkisi Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2014; 48(3): 198-207.
2. Ersoy MA, Varan A. Reliability and validity of the Turkish version of the internalized stigma of mental illness scale. Turk Psikiyatri Derg 2007;18:163-71
3. Çam O, Çuhadar D, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 2011;2(3):136-140.

P3/4. TRSM HİZMETLERİNİN HASTANEYE YATIŞ ÜZERİNE ETKİLERİ

E. Erdal Erşan

Genel anlamda TRSM hizmetleri hastayı evinde bulup, merkeze gelmesini sağlayan girişimleri, bireye özgü iyileştirim programları, bu program kapsamında hastanın ve ailenin normatif davranış düzeyine getirilmesini amaçlayan tutumlar, hastanın yaşamının her alanında karşılaştığı güçlükler konusunda başa çıkma becerileri geliştirmesini hedefleyen olgu yönetimi ve mesleki iyileştirmeye yönelik girişimleri kapsayan bütüncül bir modeldir.

TRSM'lerin sık yatışları engelleme oranı, toplum ruh sağlığı merkezlerinin etkinliğini değerlendiren en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir.

Yatış oranındaki azalmanın nedenleri ne olabilir?

Yatış oranlarının azalmasında en önemli unsurlar verilen hizmetlerin tedaviye uyumu sağlaması ve hastanın sosyal işlevselliğini artırmasıdır. Tedaviye uyum hastanın, sağlık profesyonelleri tarafından düzenlenen tedavisini kabul edip uygulamasıdır. Bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, kontrollere gelmek, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, yaşam biçimini düzenlemek, hastalığı yönetmek tedaviye uyumun birer öğeleridir. Tedaviye uyumsuzluk klinik uygulamalarda çok sık karşılaşılan ve hastanın tekrar yatırılmasını gerektirebilen önemli bir sorundur. Tedavi uyumunu geliştirmeye yönelik müdahaleler, psikoeğitim ve diğer psikososyal müdahaleler, antipsikotik uzun etkili enjeksiyonlar, elektronik hatırlatıcılar, hizmet temelli müdahalelerin hepsinin etkililik konusunda birtakım kanıtları vardır. Sosyal destek iyileşmeyi sağlamada anlamlı bir güçtür. Yeterli sosyal destek sağlığın korunmasını, geliştirilmesini, hastalıkların tedavisini ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklemekte ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırmaktadır.

Hasta ve ailesine verilen ruhsal eğitimin iç görü ve tedaviye uyumunu artırarak hastaneye yatış sıklığında azalma sağladığı da gösterilmiştir. Birçok çalışmada gösterildiği gibi hastaların TRSM gibi ruhsal toplumsal destek sunan servislere kolay erişebilmesi ile hastaların tedaviye uyumunu ve işlevselliğini artırarak, sık yatışların önüne geçilebilmiştir.

Sonuç olarak; Toplum temelli ruh sağlığı hizmeti veren TRSM'lerinde sunulan hizmetler hasta yatış oranlarında ciddi oranda azalmaya neden olmuştur.

Anahtar sözcükler: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, hastaneye yatış, şizofreni, psikososyal hizmet

Kaynaklar

1. Yıldız M, Veznederoğlu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. *Int J Psychiatry in Clin Prac*, 2004; 8,219-225.
2. Yıldız M, Kiras F, İncedere A, Esen D, Gürcan MB, Abut B, İpçi K, Tural Ü. Development of social functioning assessment scale (SFAS) for people with schizophrenia: Validity and reliability study. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2018; 19(2), 29-38.
3. Varga E, Endre S, Bugya T, Tényi T, Herold R. Community-based psychosocial treatment has an impact on social processing and functional outcome in schizophrenia. *Front Psychiatry*, 2018; 9, 247.

P5. Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Alanında Mesleki Yetkinlik

P5/2. OKUL PSİKOLOJİK DANIŞMANLIĞI YETERLİKLERİ VE AKREDİTASYONU

Ragıp Özyürek

Bu panel konuşmasında psikolojik danışman eğitiminin akreditasyonu, okul psikolojik danışmanlığı ulusal standartları ve mesleki yeterlikleri, okul psikolojik danışmanlığı derneği ve okul psikolojik danışmanlarının akreditasyonları ele alınacaktır.

Günümüzdeki psikolojik danışman eğitiminin akreditasyonu Öğretmenlik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (EPDAD) tarafından yapılmaktadır. Bu dernekte yapılan çalışma sonucunda Rehberlik ve Psikolojik Danışma Lisans Eğitimi Standartları belirlenmiştir. Ancak ne yazık ki bu standartlarda okul psikolojik danışmanlarının yetiştirilmesi bakımından önemli yetersizlikler vardır. Örneğin, standartlarda süpervizyon kavramı ve çeşitleri, uygulamalı derslerin isimleri ve bu derslerin ulusal standartları, vb. eksiktir.

Psikolojik danışman eğitiminin niteliğini yükseltmek ve dolayısıyla okul psikolojik danışmanlarının yetiştirilmesindeki engellerin kaldırılması önemlidir. Bu amaçla Türkiye’de psikolojik danışman eğitimi ile ilgili ulusal standartların belirlenmesi gereklidir. Bu standartların uygulanabilmesi için psikolojik danışman eğitiminin akreditasyonu, süpervizyonu ve değerlendirilmesi amacıyla bir dernek kurulabilir. Bu akreditasyon derneğinde yapılacak ilk işlerden birisi de okul psikolojik danışmanlığı uygulamalarının ulusal standartlarını belirlemek olmalıdır.

Psikolojik danışman camiası Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği çatısında bir araya gelerek, psikolojik danışman, kariyer psikolojik danışmanı ve okul psikolojik danışmanı ulusal standartlarını belirlemiştir. Bundan sonraki süreçte uzmanlık dallarına göre ulusal mesleki yeterliklerin belirlenmesine sıra gelmiştir. Bu bildiri özeti kaleme alınırken, Mesleki Yeterlik Kurumu’na başvuru hazırlıkları yapılmaktaydı. Bu yeterliklerin belirlenmesi, okul psikolojik danışmanlarının alacağı lisansüstü eğitimlerin de içeriğini etkileyebilir, niteliklerinin yükselmesine olumlu katkı sağlayabilir.

Ülkemizde henüz okul psikolojik danışmanlığı derneği (OPDD) kurulmamıştır. Ancak böyle bir derneğin kurulması oldukça yararlı olacaktır. OPDD sayesinde bir yandan okul psikolojik danışmanlığı hizmetleri ile ilgili yasama konularına daha çok yoğunlaşırken, bir yandan da bireysel olarak okul psikolojik danışmanlarının akreditasyonu çalışmalarına başlanabilecektir. Bu akreditasyon sürecinin başlatılması kapsamlı gelişimsel modelin okullarımızda uygulanmasını teşvik edecek nitelikte olacaktır.

Anahtar sözcükler: Okul psikolojik danışmanlarının akreditasyonu, süpervizyon.

P6. Yükünüz Ağır ise Safranızı Azaltmak Lazım

P6/1. HASTALARIN GÖRÜNMEYEN /GÖRÜLMİYEN YÜKÜ

Aytül Gürsu Hariri

Ruhsal hastalıklar kronikleştikçe hastalarda hem yeti yitimi ile sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmakta, hem hastalar sürekli olarak aile bakımı ve desteğini almak zorunda kalmakta hem de bu hastalarla ilgilenen yakınları çeşitli zorluklar yaşamaktadırlar.

Yapılan birçok çalışmada bakım verenlerin yaşadıkları stres ve birçok olumsuz duygular nedeniyle depresyon ve anksiyete bozuklukları görülme oranının yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde yüklenme konusunu araştırıldığında genelde bakım verenler ile ilgili yapılan çalışmalarla karşılaşılmaktadır. Peki, bu ağır yük sadece bakım verende mi bulunmaktadır? Hastaların da hastalıkları nedeniyle yaşadıkları olumsuzluklar yaşam kalitelerini bozarak ciddi yüklenmeye neden olmuyor mu? Oysa başta toplumun ve kendini etiketlemesinden, bireysel ve sosyal yeti yitimi sonuçları olarak maddi-manevi kayıplar, destek yoksunluğu, işsizlik, evsizlik, cinsel, ruhsal ve fiziksel taciz ve sömürüye uğrama, zorunlu tedavi yaklaşımları, ömür boyu ilaç kullanmak zorunda kalma, ilaç yan etkileri, tedaviye bağlı istenmeyen ve kalıcı etkiler, ciddi ek hastalıklar, eş tanılar, özür/engelli olma gerçeği, ya da yasalarca engellenme-kısıtlanma, psikiyatri dışı tıbbın olumsuz ve dışlayıcı bakışı ve yaklaşımları, devletin esirgediği imkânlar, diğer adli sorunlar, hastalıkları üzerinden sömürülme durumları, herkesten farklı hissetme ve düşünenin yanlışlığı ve yakınlarına yük olma kaygı ve üzüntüsü, bunlar gibi daha akla gelmeyen, görünmeyen ya da görülmeyen sorunlar hastaya yük değil midir?

Safraları atabilmenin yolu yukarıda sıralanan nedenlerin tek tek belirlenip, ayrı ayrı ele alınarak çözümler bulunmasını gerektirmektedir. Böylece hastaya bakım verenlerin de yüklenme düzeyleri azalacaktır.

Anahtar sözcükler: Yüklenme, etiketleme, kronik psikiyatrik hastalık

Kaynaklar

1. Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. Türk Psikiyatri Derg 2002; 13:143-151.
1. Duman ZÇ, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistematik bir inceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry 2013; 5(1):78-94.
2. Lepine J-P, Briley M. The increasing burden of depression. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2011; 7(suppl 1); 3-7
3. Kamışlı S, Dil S, Daştan L, Eni N. Özgürlük duygusu ve içselleştirilmiş damgalanma: Ayaktan ve yatarak psikiyatrik tedavi alan hastaların karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2016;27(4):251-6.

P6/2. DEHB HASTALARI VE AİLENİN YÜKÜ

Devran Tan

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) prevalansı bazı çalışmalarda %8-12 arasında olsa da Amerika'da prevalansı %4,4 olarak bulunmuştur ki oldukça yüksek bir orandır. Dikkat eksikliği ve/veya Hiperaktivite-Dürtüsellik alt tiplerinden oluşmaktadır. Erişkinde DEHB belirtileri çocukluğa göre biraz farklılık göstermektedir. Bazen yıkım da fazla olunca işlevsellik düşebilmektedir. Örneğin; erişkin DEHB'de, eğitimlerini yarıda bıraktıkları, yıllık gelirleri, yükseköğretime girebilme ve bitirebilme oranlarının kontrollere göre düşük olduğu, daha sık iş değişimi, daha çok işten atılma, daha fazla kaza, daha erken cinsel etkinlik, daha sık eş değiştirme, doğum kontrol yöntemlerini daha az kullanma, erken hamilelik risklerinde artma belirtilmektedir. Bu gibi sorunlara bağlı olarak ailenin yükü artmaktadır. Genelde kadınlar yardım almaya daha eğilimli olsa da erkeklerde bazı komorbid durumlar gelişme riski yüksektir, bu oran %80-90'a çıkabilmektedir. Bu kişilerin tedaviye gelmeleri daha düşük ya da komorbid duruma bağlı olarak tedavi başvuruları olabilmektedir.

Tüm bunlara bakıldığında aile bireylerinin, eşlerin, çocukların, ebeveynlerin yüklerinin ne kadar fazla olduğunu bilmekteyiz. Bazen eşlerde DEHB bir bireyle yaşamının verdiği güçlüğe bağlı depresyon, anksiyete veya tükenmişlik durumları görülmektedir. Aile bütünlüğünün sağlanamadığı, evlilik sorunlarının yaşandığı, çocukların olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Komorbid durumlar yaşandığında ise ailenin maruz kaldığı sorunlar artmaktadır. Örneğin; depresyonun şiddeti daha fazla, daha uzun seyirli olabilmekte, daha erken duygudurum belirtileri görülmesi, değişken duygudurumun bulunması, intihar girişimlerinde artma, madde kullanım sıklığında artma olmaktadır.

Bu panelde DEHB'nin erişkinde nasıl görüldüğüne bakarak ailenin eş, ebeveyn, çocuk ve diğer aile fertleri üzerinden nasıl etkilendiğini tartışacağız.

Anahtar sözcükler: dikkat eksikliği, hiperaktivite, aile yükü

Kaynaklar

1. Kessler RC, Green JG, Adler LA, Barkley RA, Chatterji S, Faraone SV, Finkelman M, Greenhill LL, Gruber MJ, Jewell M, Russo LJ, Sampson NA, Van Brunt DL. Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. Arch Gen Psychiatry. 2010; Nov;67(11):1168-78.
2. Barkley RA. Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. J Clin Psychiatry. 2002;63 Suppl 12:10-5. Review.
3. Biederman J, Petty CR, Woodworth KY, Lomedico A, Hyder LL, Faraone SV. Adult outcome of attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled 16-year follow-up study. J Clin Psychiatry. 2012;73(7):941-50.

P6/3. DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA AİLE YÜKÜ

Burcu Kök Kendirlioğlu

Bipolar Bozukluk (BPB), belirgin psikososyal bozulma ve yeti yitimine neden olan, 14ort he ve sık görülen bir psikiyatrik morbidite nedeni olarak sayılmaktadır. Yakın zamanlara kadar bipolar bozukluğun yaşam boyu prevalansı %1 olarak kabul edilmekte iken; son yıllarda BPB I ve II'yi kapsayan çalışmalarda %5'e varan oranlar verilmektedir. Dünya Sağlık rgt (DSÖ); dünya genelinde 60 milyon insanın bu hastalıktan etkilendiğini bildirmektedir. DSÖ tarafından BPB'nin, dünyadaki morbiditenin 6. Nedeni olduğu açıklanmaktadır. BPB, birden fazla geni etkileyen ve birçok faktörün rol oynadığı (multifaktöryel) bir kalıtım ile genetik geçiş göstermektedir. BPB olan kişilerin birinci derece akrabalarında BPB görülme riski %8,7 iken; unipolar bozukluk görülme riski %14,1 olarak bildirilmiştir. BPB olan hastaların ailelerinde BPB görülme riski genel toplumdaki 8-18 kat daha yüksek saptanmaktadır. Bipolar ve unipolar duygudurum bozuklukları, yaşam kalitesini, işyerinde etkinliği bozar ve kardiyovasküler hastalıklardan daha fazla kronik bozulmaya neden olur. Hastaların işlevselliğinin bozulmasının yanında, bipolar bozukluğa sahip hastaların ailelerinin ve bakıcılarının yaşam kalitesi üzerinde BPB derin bir etkiye sahiptir. Birçok hastanın remisyon sırasında artık semptomlarının var olabilceği bilinmektedir. Bu artık semptomlar nedeni ile fonksiyonel anlamda iyileşmenin, hastanede yatış sırasındaki sendromel iyileşmeden çok daha zor olduğu dikkati çekmektedir. Hastalarda, aile içi ve dışında yaşam kalitesi algısı değişmektedir. Aile yeleri bu hastalığın her bölümünden etkilenirlerken, hastalık stabilize edildiğinde olası bir nüksetme korkusundan etkilenirler. Bununla birlikte, hastaların tedavisinde yaygın olan psikiyatrik yaklaşımda, tıbbi yardım hastaya odaklanırken, aile yeleri yeterince değerlendirilmemektedir. Psikiyatri hastası bir aile bireyine bakmanın yükü, "nesnel" ve "znel" yk olmak üzere iki kategoride sınıflandırılmıştır. İlk kategori, evliliklerde ayrılma ve boşanma, damgalanma korkusu ve maddi zorluklar nedeniyle azalan sosyal ve boş zaman etkinlikleri de dahil olmak üzere, gözlemlenip doğrulanabilen aile yaşamına dahil olan nedenlerdir. İkinci kategori, genellikle sıkıntılı, özgün ve mutsuz hisseden bir bakıcı için bu tür bir yük ile ilgili kişisel duyguları içerir. Bu sunumda duygudurum bozukluklarında aile yükünü son yapılan araştırmalar ışığında sunmaya çalışacağım.

Kaynaklar

1. Pompili M, Harnic D, Gonda X, et al. Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. World J Psychiatry. 2014;4(1):1–12.
2. Steele A, Maruyama N, Galynker I. Psychiatric symptoms in caregivers of patients with bipolar disorder: a review. J Affect Disord. 2010;121(1-2):10-21.

P6/4. ALKOL-MADDE BAĞIMLILIĞINDA AİLE YÜKÜ

Yeliz Kaya Biçer

Alkol- madde bağımlılığı çok sayıda kişiyi etkileyen, pahalı sonuçları olan denetleme ve bırakma çabalarıyla devam eden bir hastalıktır. Bağımlılık süreci hem kullanan bireyi hem de ailesini biyo-psiko-sosyal açıdan yoğun olarak etkiler. Aile hastalığına da dönüşen bağımlılık, ailenin baş etme yeteneğini, dayanma gücünü düşürmekte, aileye sağlığın bozulması, etkin olamama, kendini ihmal etme ve daha fazla ek sorumluluklar almak gibi fiziksel ve duygusal olarak önemli bir yük getirmektedir. Bağımlılık toplumun kolay kabul etmediği bir durumdur. Ailede bir bağımlının olması utanç vericidir ve gizlenmesi gereklidir düşüncesi hakimdir. Bağımlı bireyden kaynaklanan evdeki sorunlara odaklanan aile çevreden uzaklaşır, sosyal işlevlerini yerine getirmekte zorlanır. Sosyal ilişkilerini kısıtlamaya ailenin çevreden gelecek yorumları, baskıları ve görüşleri göz önüne almasına neden olabilmektedir. Bağımlının birçok işlevini yerine getirememesi, üretken çağında çalışmaması, madde için para bulmak zorunluluğu, yaşamını yasadışı yollar veya ailenin ekonomik desteği ile sürdürmesi, ailede sosyal sorunlara ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Bağımlı bir kişinin varlığı ile birlikte evlilik içinde beklenen rollerde farklılıklar ortaya çıkar. Ailenin korunmasından, çocuklara ilişkin sorumluluk ve ödevlere kadar, kısacası sistemin devamını sağlamaya yönelik birçok görev eşe/partnere devredilmiş olur. Eş, sisteminin sürdürümünde belirleyici bir rol oynamaktadır. Ayrıca eş/partnerin de alkol bağımlılığı olan aileler şiddet açısından risk grubunda yer almaktadır. Psikiyatrik hastalıklara (bipolar, şizofreni, anksiyete bozuklukları, depresyon) sahip hastanın madde veya alkol kullanması, aile üyelerindeki yükü artırmakta, ailenin daha büyük sorunlar yaşamasına sebep olmaktadır. Alkol ve madde bağımlıların tedavisi birbirinden ayrı ve kopuk yöntemlerle değil, bütüncü ve tamamlayıcı tedaviyle yapılmalıdır. Hasta yakınlarının anksiyete-depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler, sağlık personeli desteğini de içeren iyi bir sosyal destek, hasta yakınlarına hastalıkla uygun biçimde başa çıkma konusunda eğitim verilmesi aile üyelerinin yükünün azalmasını sağlayabilir. Alkol ve madde bağımlıların ailelerinin yükleri, uyum ve dayanma süreçlerinin ele alınmasına yönelik tanılama, farkındalık ve müdahale programları geliştirilebilir.

Anahtar sözcükler: Alkol- madde bağımlılığı, aile yükü, yenilenme, uyum

Kaynaklar

1. Başkale, H., Sözer, A. Eşinden/partnerinden şiddet gören kadınların şiddet algısı ve mağduriyet nedenleri, TAF Prev Med Bull,2015;14(6)
2. Bortolon, C.B., Signor, L., Moreira, T.C., Figueiró, L.R., Benchaya, M.C., Machadon, C.A., Ferigolo, M. Family function in gandhealth is suesassociated with codependency in families of drug users. Cien Saude Colet, 2016; 21(1):101-7
3. Karakuş, G., Evlice, Y.E., Tamam, L. Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012; 37(1):37-48

**P6/5. ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ KİŞİLERİN YAKINLARININ ALGILADIĞI
DAMGALANMA VE AYRIMCILIK**

Elif Karataş, Özden Yalçınkaya Alkar, A. Nuray Karancı

Alanyazında şizofreni tanısı almış kişilerin deneyimledikleri damgalanma ve ayrımcılık konusunda çok sayıda çalışma vardır. Ancak, şizofreni tanısı almış kişilerin yakınlarının damgalanma ve ayrımcılık deneyimleri üzerine yapılan çalışmalar için aynı durum söz konusu değildir. Bu araştırmanın amacı, şizofreni tanısı almış kişilerin yakınlarının algıladıkları damgalanma ve ayrımcılığı incelemektir. Nitel yöntem kullanılarak tasarlanan bu çalışmada yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak, 18 şizofreni tanısı almış kişinin yakını ile görüşülmüştür. Görüşmeler esnasında ses kaydı alınmış olup ardından bu kayıtlar yazıya geçirilip ortaya çıkan temalar analiz edilmiştir. Şizofreni tanısı alan kişilerin yakınlarından toplanan verilerde algılanan damgalanma ve ayrımcılık yönünden üç ana tema ortaya çıkmıştır: İlki şizofreni hakkında bilgi sahibi olunmaması veya yanlış bilgi sahibi olunması; ikincisi bozukluğun ana babaya atfedilmesi ve son olarak bakım veren aile ferdine yönelik acıma hislerinin ifade edilmesidir. Bu ana temalara bağlı alt temalar ise şöyledir: Şizofreniye karşı önyargılı olma-tehlikelilik beklentisi- (yanlış bilgi sahibi olmaktan kaynaklı); bozukluğun aileden bulaştığını düşünme, bozukluğu ailenin yetersiz/ihmkâr ebeveynliğine atfetme; ilişkisiz durumları dahi şizofreni tanısı alan kişinin yakını olma ile ilişkilendirme; bakım verene yönelik demoralize edecek acıma ifadeleri. Sonuç olarak, şizofreni tanısı alan kişilerin yakınları, sağlık alanı da dahil olmak üzere çok geniş bir çerçeveye yayılan damgalanma ve ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu durum hem tanı almış kişilerin hem de yakınlarının toplumdan soyutlanmasına neden olabilmektedir. Sonuç olarak bu çalışma şizofreni tanısı alan kişilerin yansıra bu tanıyı alan kişilerin yakınlarının da ayrımcılık ve damgalanma yönünden olumsuz deneyimler yaşadıklarının altını çizmektedir.

Anahtar sözcükler: Şizofreni, aile, damgalama, ayrımcılık, nitel araştırma

P7. Rehabilitasyonda Nasıl Daha Yetkin Hale Gelebiliriz?

P7/1. NEVROTİK HASTALARLA GRUP TERAPİSİ UYGULAMALARI

Seda Karakaya

Psikoterapi, kişilerin ruhsal sorunlarından kurtulmalarına ve kendilerini geliştirmeye yol açan duygu düşünce ve davranışları değiştirerek işlev gören bir dizi teknikler bütünüdür. Çağımızda kullanılan psikoterapi yöntemlerinden biri de grup psikoterapileridir. Grup psikoterapileri, grup içi etkileşimlerin terapötik etkilerinden yararlanarak, ruhsal sorunları iyileştirmeyi amaçlayan şimdi ve burada ilkesiyle güncel yaşanan sorunlarda geçmişin etkilerine odaklanan terapi yöntemleridir. Grup, içinde yaşanan toplumun bir minyatürü olarak işlev görür. Hastalar, topluma uyum güçlüklerini somut olarak grup içerisinde daha kolay görebilirler, kendilerini ve diğerlerini anlama, tanıma ve değiştirme fırsatı bulurlar. Grup terapileri altta yatan kuramsal zemine göre çeşitlendirilebilirler. Destekleyici, dinamik, psikodramatik, bilişsel davranışçı, sanat psikoterapileri, ilişkisel, etkileşimsel, eğitsel, gestalt, transaksiyonel ve kendine yardım grupları bunlardan bazılarıdır. Grup, bir terapist ve bir yada iki yardımcı terapist tarafından yönetilir. Seans sıklığı haftada bir (60-120 dakika), yeterli büyüklükte ve dikkat dağıtıcı unsurların olmadığı bir ortamda yapılır. Grup terapilerinde; gizlilik, mahremiyet, grup dışında görüşmelerin olmaması, grup içi yorumlardan kaçınmak ortak olan etik konulardır. Grup terapileri her tanı grubunda uygulanabilir ve grubun amacına göre kuramsal zemin seçilir. Psikotik hastalarda destekleyici yöntemler kullanılırken, nevrotik hastalarda dinamik yaklaşımlara yer verilebilir. Nevrotik düzeyde olan hastaların gerçeği değerlendirme yeteneği bozulmamıştır, algılama, hafıza ve zeka normaldir. Bu hastalarda kendilik ve nesne tasarımları bütünleşmiştir, id ego ve süperego'nun gelişimi tamamlanmıştır. Bu hastalardaki çatışma odağı ego ve süperego arasındadır. Sanatın kullanıldığı grup psikoterapisinde ortaya çıkan sanat eseri üzerinden anksiyetenin süblimasyonu sağlanır, hastanın bilinçdışı çatışmaları incelenebilir. Psikodrama yöntemi ile eşleme, rol değiştirme ve aynalama teknikleri kullanılarak katartik yaşantılar çalışılabilir. Bu sunumda, klinik uygulamada kullandığımız psikodrama ve sanatın kullanıldığı grup terapileri ele alınacaktır.

Anahtar sözcükler: psikodrama, sanat psikoterapisi, nevrotik kişilik örgütlenmesi

Kaynaklar

1. Arslantaş, H., & Dereboy, İ. F. Psikiyatri Servislerinde Yapılandırılmış Grup Psikoterapisi: Kişilerarası İlişkisel Rol Analizi. Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics, 2016; 2(3), 34-38
2. Eren, N. Psikodinamik sanat psikoterapisi: Aktarım ve karşı aktarım. Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics, 2016; 2(3), 46-53.
3. Foulkes, S. H. Introduction to group-analytic psychotherapy: Studies in the social integration of individuals and groups. Routledge. 2018.

P7/2. REHABİLİTASYONDA HASTA YAKINLARINI GÜÇLENDİRMEYE YÖNELİK UYGULAMALAR

Elvan Emine Ata

Kurumsal bakımın yerini toplum içinde tedavi yaklaşımına bırakması ile kronik ruhsal hastalığı olan bireyler kısa süreli hastane yatışının ardından evlerine dönmektedir. Bu durum ise aile üyelerini bakımda birinci derecede sorumlu olan bireyler haline getirmiştir. Aile hasta bireyin öz bakım gereksinimleri, hastalık semptomları ile baş etmesi, tedaviye uyumu ve toplumsal yaşama katılımı gibi birçok konuda hastaya desteklemeye çalışmaktadır. Ailenin hastaya desteklemesi hasta açısından yararlı olsa da hastalığın ve tedavinin uzun seyirli olması ve hastanın sürekli desteğe ihtiyaç duyması da ailenin fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik anlamda sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Ailelerin ihtiyaçlarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada ailelerin en çok hastanın davranışlarını yönetmek, hastanın sosyal- mesleki problemlerini yönetmek, hastalık hakkında eğitim, rehabilitasyon, hastanın cinsel ve evlilik problemlerini yönetmek ve kendi fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları konularında desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin ailelerinin yüksek düzeyde yük yaşadığı ve ailelerin yükünü azaltacak programlara gereksinim olduğu da vurgulanmaktadır. Ülkemizde ve dünya da aileleri desteklemek amacıyla uygulanan programların psikoeğitim (stresle başetme, problem çözme ve hastalık ve prognozu konularında), aileden aileye destek programları, telepsikiyatrik izlem, grup terapisi, psikodrama, bilişsel davranışçı terapi gibi müdahalleri içerdiği görülmektedir. Aileleri desteklemeye yönelik programların rutin bakım ya da rehabilitasyon programları içeriğinde yer almadığı, yapılan çalışmaların ise çoğunlukla tez çalışmaları ya da araştırmalar kapsamında yürütüldüğü görülmektedir. Bu doğrultuda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerini desteklemeye yönelik yapılan programların türleri ve etkinliğinin tartışılması bu sunumun konusu olacaktır.

Anahtar sözcükler: kronik ruhsal hastalık, aile, rehabilitasyon.

Kaynaklar

1. Jagannathan A, Thirthalli J, Hamza A, Hariprasad VR, Nagendra HR, Gangadhar BN. A qualitative study on the needs of caregivers of inpatients with schizophrenia in India. *Int J Soc Psychiatry*. 2011 Mar;57(2):180-94.
2. Ata EE, Doğan S. The effect of a Brief Cognitive Behavioural Stress Management Programme on mental status, coping with stress attitude and caregiver burden while caring for schizophrenic patients. *Arch Psychiatr Nurs* 2018; 32:112–119.
3. Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: sistematik derleme. *Türk Psikiyatri Derg*. 2011;22 :255-65.

**P7/3. KONU: REHABİLİTASYONDA HASTALAR İÇİN TEDAVİYE UYUMU
ARTTIRAN UYGULAMALAR**

Gül Dikeç

Tedaviye uyum hastaların tedaviye yönelik önerileri kabul etmesi ve düzenli aralıklarla randevularına gelmesi; tedaviye uyumsuzluk ise reçete edilen ilaçların uygun kullanılmaması, reçete edilmeyen ilaçların kullanılması, randevulara düzenli gelmeme ve önerilen diyetle uymama şeklinde tanımlanır. Kronik hastalıkların beraberinde getirdiği yeti kayıpları, başka bir bireye bağımlı olma gibi davranış ya da yaşam biçimi değişiklikleri tedaviye uyumsuzluğa neden olabilmektedir. Tedaviye uyumsuzluk pek çok kronik hastalıkta görülse de en sık ruhsal bozukluklarda karşımıza çıkmaktadır. Tedaviye uyumsuzluk nedeniyle ruhsal bozukluğu olan hastalar pek çok yetilerini kaybetmekte, daha sık şiddet davranışı gösterebilmekte, ailesel, sosyal ve mesleki sorunlar yaşamakta, yaşam kaliteleri düşmekte ve sık sık hastaneye yatabilmektedirler. Bunun yanı sıra tedaviye uyumsuzluk ailenin bakım yükünü ve ülkenin sağlık bakım maliyetini arttırmaktadır. Tedaviye uyumsuzluğu azaltabilmek ve tedaviye uyumu arttırabilecek psikososyal girişimler geliştirebilmek için tedavi uyumsuzluğa neden olan etmenlerin belirlenmesi gerekir. Uyumsuzluğa neden olan etmenler hasta, hastanın sahip olduğu psikopatoloji, ruh sağlığı çalışanları, ilaçlar ve yan etkileri ya da çevre ile ilişkili olabilir. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri yataklı psikiyatri kliniklerinde tedavi edici ortamın yöneticisi; Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde ise danışmanlık ve vaka yöneticisi rollerine sahiptir. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin tedaviye uyumunu arttırmada yetkin hale gelebilmeleri ve ruhsal bozukluğu olan hastaları bu konuda yetkin hale getirebilmeleri için tedaviye uyumu arttırabilecek psikososyal programları bilmeleri ve uygulamada kullanmaları son derecede önemlidir. Literatürde ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin uygulamada kullandıkları psikososyal programlar arasında bilişsel davranışçı terapi ve teknikler, motivasyonel görüşme, psikoeğitim, sosyal beceri programları, aile girişimleri ve tedaviye uyum programı yer almaktadır. Bu doğrultuda, bu konuşmanın amacı psikiyatri hemşirelerinin kullanabilecekleri tedaviye uyumu arttıran programları ve bu konuda yapılan güncel çalışmaları gözden geçirmektir.

Anahtar sözcükler: tedaviye uyum, ruhsal bozukluk, psikiyatri hemşireliği.

Kaynaklar

1. Dikeç, G. Kutlu, Y. Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Arttırmak için Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2015; 6 (1); 40-46.
2. Hughes, F., Vess, J., & Johnson, E. Increase Adherence to Psychotropic Medication Through Motivational Adherence Therapy: A Quality Improvement Project. Issues in Mental Health Nursing, 2018; 39(8), 709-713.
3. Demirkol, M. E., Tamam, L., Evlice, Y. E., & Karaytuğ, M. O. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. Cukurova Medical Journal, 2015; 40(3), 555-568.

P7/4. REHABİLİTASYONDA TEDAVİ EDİCİ ORTAM UYGULAMALARI

Dilek Sarı

Terapötik ortam; bireyin ruhsal problemini fark etmesine ve iyileşmesine yardım etmenin yanında; sosyal organizasyonları destekleyici niteliği ve toplumsal değerleri ile bireyin benlik güçlerini en iyi şekilde kullanımına fırsat veren bir ortamdır. Terapötik ortamın oluşturulmasından ve devam ettirilmesinden sağlık profesyonelleri sorumludur. Terapötik ortam; hasta bireyin sorumluluk almaya cesaretlenmesi için uygun olmalı, psikiyatri ekibi ile etkin iletişim kurmayı destekler nitelikte olmalıdır. Kliniğin bulunduğu yer, klinik fiziksel şartları, klinik odalarının özellikleri, klinik güvenliği, klinik kuralları, farmakolojik tedaviler, hastaların çeşitli etkinlikleri yapabilecekleri, diğer hastalarla iletişime geçebilecekleri uygun salon ve malzemelerin olması ve kliniğin yapılandırılmış aktivitelerinin olması (günaydın toplantısı, oyun aktiviteleri, iş-uğraş aktiviteleri vb) terapötik ortamın sağlanmasında önemlidir. Terapötik ortamın oluşturulması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve değerlendirilmesinden sorumlu anahtar kişiler, hastalara 24 saat hizmet veren hemşirelerdir. Terapötik ortamda hem fiziksel hem psikososyal bakımı sağlamak hemşirenin görevidir. Ayaktan ve yatan hastalarla yapılan grup terapi uygulamaları, hasta ve hasta yakınlarına uygulanan psikoeğitimler, bilişsel davranışçı terapi yaklaşımını benimseyen tedavi uyumunu artırıcı uygulamalar, psikiyatri hemşiresinin terapötik ortam uygulamalarındandır. Biyopsikososyal olarak hastayı değerlendiren hemşire, hastanın gereksinimlerinin farkında olur, buna yönelik tanımları koyarak bakımını planlar. Hemşire, hasta bireyin kendi duygu ve düşüncelerini ifade edecekleri ortamı sunar, hasta adına karar almaz ve her insanın seçme potansiyeli olduğunu kabul ederek her hastanın bağımsızlığını destekler. Bireysel danışmanlık hizmeti vererek hastaların yaşadığı zorlu süreçlerde hemşirelik bilgi ve becerisiyle hastalar ve ailelerinin baş etmesini kolaylaştırır. Psikiyatri servis/klinik ortamının kuralları konusunda bilgi sağlar, hastayı belirsizlikten kurtarır. Psikiyatri kliniklerinde hemşire, hastalara etkileşime girilebilecek fiziksel ve sosyal ortamı yaratır. Grup aktivitelerini yönetir ve yürütülen bu grup aktivitelerine göre hastaları yönlendirebilir. Gerekli gördüğü durumlarda süpervizyon alarak terapötik yaklaşıma katkı sağlar. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin terapötik ortamı sağlamada katkıları büyüktür ve bu konuda daha fazla sorumluluk almaları gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: terapötik ortam, terapötik aktiviteler, psikiyatri hemşiresi.

Kaynaklar

1. Oflaz F. Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7:55-61.
2. Kum N, Editör. Psikiyatri hemşireliği el kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı; 2000.
3. Ergün G, Işık I, Dikeç G. Ülkemizdeki Psikiyatri Kliniklerinin Tedavi Edici Ortam Yönünden İncelenmesi. Proje çalışması, 2014-2015.

P8. Sosyal Hizmet Mesleği ve Mesleki Yetkinlik: Roller, İşlevler ve Yetkinlik

P8/1. HAK SAVUNUCULARI YETİŞTİRMEK: RUH SAĞLIĞI ALANINDA HAK SAVUNUCULUĞU İÇİN NASIL BİR EĞİTİM?

Gonca Polat

Sosyal hizmet mesleği bir insan hakları mesleği olarak tanımlanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, tarihsel olarak insan onuru, sosyal adalet, ayrımcılık olmaması, katılım gibi insan hakları prensiplerini gerçekleştirmek üzere çalışmışlardır. Bu çalışmalar, sosyal hizmet mesleğinin savunuculuk rolünde vücut bulmaktadır. Savunuculuk, bireylerin haklara erişimini sağlayacak şekilde vaka temelli olarak gerçekleştirilebileceği gibi, daha büyük bir grubu etkileyen ve köken sorun üzerinde duracak şekilde neden/sorun temelli de gerçekleştirilmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinde hak temelli yaklaşımın oluşturulması ve ruhsal hastalık tanısı alan bireyler için insan hakları ilkelerinin gerçekleştirilmesi, ruh sağlığı ekibi içerisindeki sosyal hizmet uzmanları için önemli bir mesleki sorumluluktur. Savunuculuk rolünün eksik kaldığı bir ekip çalışması, karşılanmayan ihtiyaçların ve yerine getirilmeyen hakların, aynı sorunu yaşayan tüm bireyler için sistematik ihlallere dönüşmesini engelleyemeyecektir. Öte yandan ruh sağlığı hizmet sunumuna savunuculuk çalışmalarının dahil edilmesi, sosyal hizmet mesleğinin temellerinden olan sosyal adalet amacına erişilmesine yardımcı olacaktır. Hak savunucusu sosyal hizmet uzmanları, hizmet kullanıcıların özsavunuculuk kapasitesinin gelişmesi için de önemli bir itici güç olabilirler. Bu sunumda, ruh sağlığı alanında hak temelli yaklaşım için temel dayanaklar, ilgili insan hakları belgeleri çerçevesinde ele alınacaktır. Hak savunuculuğu rolünün etkin bir şekilde kazanılması için eğitimde yer alması gereken bilgi, beceri ve değer bileşenleri açısından kısa bir öneri sunulacaktır. Bu bileşenlerin tüm ruh sağlığı mesleklerinin eğitim sürecinde dikkate alınması, hizmet sunumunda insan hakları perspektifinin gelişmesi ve içselleştirilmesi açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: insan hakları, savunuculuk, sosyal hizmet

Kaynaklar

1. Mapp, S., McPherson, J., D. Androff, S. G. Gabel. Social Work Is a Human Rights Profession. Social Work, 2019; 64(3).
2. Yılmaz, V. İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler İstanbul: RUSİHAK Yayınları, 2012.
3. Gostin, L. O.; Gable, L. The human rights of persons with mental disabilities: global perspective on the application of human rights principles to mental health. Maryland Law Review, 2004; 63(1), 20-121.

P8/2. İYİLEŞTİRİMDE AİLE İLE ÇALIŞMA: SOSYAL HİZMET UZMANININ YETKİNLİĞİ

Seda Attepe Özden

Günümüzde pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de ruhsal hastalığa sahip bireylerin bakım sorumluluğu çoğunlukla aileler tarafından karşılanmaktadır. Bakım verme süreci ise aile üyelerinde fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal açıdan yıkıcı ve derin etkiler yaratmaktadır. Bakım sorumluluğu üstlenen aile üyeleri fiziksel hastalıklara daha sık yakalanma, daha yüksek stres belirtileri gösterme; korku, öfke, şaşkınlık gibi duygusal tepkiler geliştirme, mali kaynakların azalması, sosyal çevreden dışlanma gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Bu çok boyutlu sorunlarla mücadele eden aile üyelerinin iyileştirim sürecinde eğitim, rehabilitasyon, duygusal destek gibi farklı düzeylerde ihtiyaçları bulunmaktadır. Bu ihtiyaçların karşılanmasında disiplinler arası ekibin bir üyesi olarak sosyal hizmet uzmanları hastalık ve tedavi hakkında aileye bilgi sağlamak, aile içinde iletişim örüntülerini geliştirmek, ailenin problem çözme becerilerini ve baş etme stratejilerini artırmak, ailelerin sosyal etkinliklere katılmasını cesaretlendirmek gibi farklı roller üstlenebilirler. Yapılan çalışmalarda ruh sağlığı sorunlarına sahip bireylerin tedavisinde tıbbi müdahalelerin yanı sıra aile müdahalelerinin de önemli olduğu ve aile müdahalelerin aile işlevselliğini, sağlık çalışanları ile işbirliğini ve dolayısıyla tedaviye uyumu artırdığı tespit edilmiştir. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalığa sahip bireylerin aile üyeleri ile gerçekleştireceği mesleki müdahalelerin hem bireylerin tedaviye uyumunu artırmada hem de aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılamada son derece önemli olacağı görülmektedir. Bu çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal hastalığa sahip bireylerin aile üyelerine yönelik müdahalelerinin kapsamı ele alınacaktır.

Anahtar sözcükler: aile müdahaleleri, ruhsal hastalık, sosyal hizmet uzmanı.

P8/3. SOSYAL İŞLEVSELLİK VE RUHSAL İYİLEŞTİRİM: SOSYAL HİZMET UZMANININ YETKİNLİĞİ

Seval Bekiroğlu

Ciddi ruhsal hastalığa (CRH) sahip bireylerde ruhsal iyileştirim dendiğinde, tam bir iyilik hali mümkün olmadığından iyileşme göstergesi olarak çoğunlukla işlevsel iyileşmeden bahsedilmektedir. İşlevsel iyileşme, bireylerin sağlık ve tedavileri hakkında içgörü kazanmalarının yanı sıra, günlük yaşam becerilerini yerine getirebilme, idari ve finansal yönetimlerini sağlayabilme, ev içi sorumluklarını yerine getirebilme, kişilerarası ilişkileri sürdürebilme, herhangi bir işte çalışabilme, boş zaman aktiviteleri gerçekleştirebilme becerisine sahip olması olarak ifade edilebilir. Bu yönüyle işlevsel iyileşme, semptom kontrolünün yanı sıra sosyal işlevselliğin de gelişmesini kapsamaktadır. CRH sahip bireylerin sosyal işlevselliğinin geliştirilmesinde ise, hastalık semptomlarında olumlu değişim yaratan tıbbi tedavi çoğu zaman yetersiz olduğundan kapsamlı rehabilitasyon hizmetleri gereklidir. Bu noktada, ruhsal hastalıkların sadece tedavi boyutuyla düşünülmeyip sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir halk sağlığı sorunu olarak ele alındığı toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri ARHS bireylerin sosyal işlevselliğinin geliştirilmesinde oldukça önemlidir. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında, CRH sahip bireylere yönelik psikososyal müdahaleleri gerçekleştirmede ve bu bireylerin sosyal işlevselliklerini geliştirmede sosyal hizmet mesleğinin uygulayıcıları olan sosyal hizmet uzmanlarına çok önemli görevler düşmektedir. Sosyal işlevsellik kavramı, sosyal hizmeti diğer insani yardım mesleklerinden ayıran anahtar kavram olarak sosyal hizmet uygulamalarının merkezinde yer almaktadır. Sosyal hizmet mesleği her ne kadar tüm insanların sosyal işlevselliği ile ilgilenirse de CRH sahip bireyler gibi genellikle sosyal adaletsizliğe, ayrımcılığa ve baskıya maruz kalan toplumun en savunmasız kesimlerine öncelik vermektedir. Bu yönüyle insan hakları, güçlendirme, farklılıklara saygı, hizmetlere adil erişim, kendi kaderini tayin etme gibi temel sosyal hizmet değerlerini kullanarak bu bireylerin baş etme ve gelişimsel kapasitelerinin artırılmasında ve sosyal işlevselliğinin geliştirilmesinde en önemli mesleklerden biridir. Buradan hareketle bu oturumda, CRH sahip bireylerin ruhsal iyileştiriminin önemli bileşenlerinden olan sosyal işlevselliklerinin geliştirilmesinde sosyal hizmet mesleğinin ve bu mesleğin uygulayıcıları olan sosyal hizmet uzmanlarının işlev ve rolleri çerçevesinde mesleki yetkinliğinin önemi üzerinde durulacaktır.

Anahtar sözcükler: ciddi ruhsal hastalığa sahip birey, sosyal işlevsellik, sosyal hizmet uzmanı.

Kaynaklar

1. Arslan, M., Yazici, A., Yılmaz, T., Coskun, S., & Kurt, E. Rehabilitasyon programının 23ort he231 hastalarının 23ort he, sosyal 23ort he23liği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2015; 16(4), 238.
2. Aydemir, Ö., & Uykur, B. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliliği. Turk Psikiyatri Dergisi, 2012; 23, 193-200.
3. Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., . . . Ayuso-Mateos, J. L. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. Clinical Practice Epidemiology in Mental Health, 2007; 3(1), 5.

P8/4. RUH HASTALIĞI VE SOSYAL İŞLEVSELLİK

Uğur Özdemir

Ruh Sağlığı alanı, pek çok değişkenin birlikte ele alınmak zorunda olduğu tıp alanlarından biridir. Bu alan içinde en temel de biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenler, hasta, hasta ailesi ve çevresini hem etkilemekte, hem de bu süreçlerden etkilenmektedir. Bu etkilenme ve etkileye bilme olasılığı, biyolojik, psikolojik süreçlerde konun hâkimi olan meslek ve disiplinlerle çoğu zaman ölçülebilir kıstaslarla çalışılmaktadır. “Sosyal” alan diğer iki kavrama göre bu güne kadar hem inceleme hem de ölçülebilme özellikleri daha arkada kalmış bir alan olarak görülmektedir. Bu durum pek tabidir ki ruh sağlığı alanında bütüncül yaklaşım noktasında, bir yönü eksik bırakılmaktadır. Kuşkusuz ki ruh sağlığı alanında tedavinin en temel amacı, kişinin, bir birey olarak işlevselliğini her düzeyde yerine getirebilir olmasıdır. Literatürde Sosyal İşlevsellik; bireyin temel gereksinimlerini karşılama için gerekli aktiviteleri ve görevleri yerine getirebilmesi ile kendisinden yerine getirilmesi beklenen sosyal rolleri gerçekleştirebilme yetene olarak tarif edilmektedir. Sosyal işlevselliğin amacı, bireyin sosyal ve ekonomik çevresi içinde onun kapasite ve eylemleri, istekleri, beklentileri, kaynak ve fırsatları arasında bireyi toplumla bütünleştirme ya da elverişli konuma getirmesi olarak çizilmektedir. Bu panel konuşmasında, Ruh Sağında Sosyal işlevselliğin anlam ve önemi üzerinde durulacaktır. Ayrıca Ruh Sağlığı alanında Sosyal İşlevsellik konusunda mesleki, disipline edilmiş bir uygulamanın nasıl olabileceği üzerinde durulacak bunun için olması gereken temeller çizilmeye çalışılacaktır.

Anahtar sözcükler: ruh sağlığı, sosyal işlevsellik, sosyal çalışma

Kaynaklar

1. Özdemir U. Sosyal Hizmetin Ne’liği. Sosyal Hizmete Giriş. Kavramlar, Tanımlar, Metodoloji. Nobel Yayın, Ankara, 2018.
2. Özdemir U. Psikiyatrik Sosyal Hizmet. Kuramsal Çerçeve, Rol ve İşlevler, Uygulama, Analiz. Nobel Yayın evi, Ankara,2018.
3. Payne M. Modern social work theory. Consultant Editor: Campling, MacMilan Press, 1997.

P9. İyileşme Sürecinin Üç Bileşeni

P9/2. ANLAMLI BİR YAŞAM

Gonca POLAT

İyileşme sürecinin önemli bir bileşeni, kişinin anlamlı bir yaşam sürdürebilmesidir. Yaşama dair anlam, bir yönüyle bireysel(içsel), bir yönüyle ise toplumsal-çevresel olarak şekillenmektedir. Bunun yanı sıra bu süreç, iyileşmenin diğer süreçleri gibi, doğrusal değildir ve kişiye özgüdür. Ancak yapılan araştırmalar, iyileşme sürecindeki bireylerde çeşitli aşamaların ve durumların, anlamlı bir yaşamın gelişiminde ortak olarak karşımıza çıktığına işaret etmektedir. Bunlar kişinin ruhsal hastalık deneyimini anlamlandırması, tinsellik (dini inanç ve hayat felsefesi), yaşam kalitesi, sosyal roller ve sosyal amaçlar aracılığıyla anlamlı bir yaşama kavuşma ve yaşamını yeniden şekillendirmesi olarak ifade edilmektedir. Ruh sağlığı politika ve hizmetleri, hizmet kullanıcıların anlamlı bir yaşam sürmesi açısından ne sunabilir? Bu sunumda, anlamlı bir yaşamın gelişiminde iki temel görüş sunulmakta ve tartışılmaktadır. İlk olarak, anlamlı bir yaşam “çevresi-içinde-birey” kavramı çerçevesinde ekolojik bir perspektif ile ele alınmalı ve anlamın, birey-çevre etkileşimi içerisinde olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Bu çevre, kişinin yakın sosyal çevresi olabileceği gibi, hizmet sunum sistemi de olabilir. Bu yaklaşım, anlamın gelişmesi sürecinde toplumsal faktörlere de önem vermekte ve “etkileşim”e işaret etmektedir. Sosyal işlevsellik, sosyal roller, güç, sosyal bağlar ve bütünleşme bu açıdan anlamın gelişiminde öne çıkmaktadır. İkinci olarak ise, Amartya Sen’in “özgürlük” ve yapabilirlik” nosyonları çerçevesinde, ruhsal hastalığa sahip bireyler açısından anlamlı bir hayata erişme (ya da anlamlı bir hayatı yeniden oluşturma) için çevrenin sunduğu olanaklar ve kişinin bu olanaklar karşısında seçim yapabilme özgürlüğü göz önünde bulundurulmalıdır. Bu açıdan bireyin güçlendirilmesi kadar, olanakların geliştirilmesi de gerekmektedir. Kişinin sahip olduğu “iyileşme sermayesi”, anlamlı bir yaşama erişimde önemlidir. Sonuç olarak bu sunumda, iyileşmede önemli olan anlamlı bir yaşam sürmede, birey-çevre etkileşimi ve olanakların geliştirilmesi vurgulanarak, iyileşme sermayesinin önemli bir boyutunu oluşturan ruh sağlığı profesyonellerinin sorumlulukları tartışılacaktır.

Anahtar sözcükler: anlamlı bir yaşam, iyileşme, ekolojik perspektif.

Kaynaklar

1. Bird, V., Boutillier, C., Slade, M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 2011; 199, 445–452.
2. Hancock, N., Smith-Merry, J., Jessup, G. Et al. Understanding the ups and downs of living well: the voices of people experiencing early mental health recovery. *BMC Psychiatry*, 2018; 18, 121.
3. Henderson, P., Jackson, W. Recovery in mental health: examining the reality for professionals and service user. *Mental Health Nursing*, October-November, 2017.

P9/3. İYİLEŞME UMUDU, UMUDUN İYİLEŞMESİ

Gülsüm Ançel

Umut, ruhsal iyileşme sürecinin en önemli kavramlarından biridir. Felsefe, psikoloji, ilahiyat alanlarında geliştirilen kavram, günümüzde pozitif psikoloji, psikiyatri, hemşirelik, sosyal çalışma gibi çeşitli sağlık meslekleri alanında gitgide daha yaygın biçimde kullanılmakta ve ruhsal iyileşmenin bileşenleri içinde yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (2017), umut evrensel olarak iyileşmenin anahtarıdır, insanlar ancak umut yoluyla iyileşme yolculuğuna başlayabilir ve sürdürebilirler. Snyder(1991) umudu “hedefi elde etmeyi isteme, hedefi elde edebilmek için kendisinde güç hissetme” ve hedefi elde edebilmek için yollar bulabilme olarak iki boyutlu yapıda tanımlamaktadır. Deegan (2019) ise umudu, isteklilik ve sorumluluk alma ile birlikte iyileşmenin üç temel bileşeninden biri olarak görmekte ve umut olmadığında herhangi birşey yapma isteğinin de olamayacağını vurgulamaktadır. Ruhsal iyileşme sürecinde umut, bireylerin anlamlı biçimde yaşamak, çalışabilmek, ilişki kurabilmek ve toplumla kaynaşmak gibi amaçlara ulaşmaya olan inancıdır. Ruhsal iyileşme yolculuğunda umudu geliştirmek için çeşitli yollar ve kaynaklar bulunmaktadır. Umudu geliştirmek, umut kaynaklarının belirlenmesi, harekete geçirilmesi ve kullanılması ile mümkündür. Umudun kaynaklarının ilki, bireyin iç kaynakları, diğeri bireyin yaşadığı çevrede bulunan dış kaynaklardır. İç kaynaklar, bireyin iç güçleri; benlik saygısı, baş etme becerileri, problem çözme yolları, iyileşme ile ilgili değer ve inançları, yardım arama davranışları ve günlük yaşamında kullandığı güçlü yanlarıdır. Bireyin kendini tanıması ve umut kaynaklarını fark etmesi, umudu geliştirmenin ilk ve en önemli adımıdır. Ruh sağlığı çalışanları bireye inanmak, onun deneyimlerinin gerçekliğini kabul etmek, güçlü yönlerini keşfetmek ve güçlerini iyileşme yolculuğunda kullanabilmesi için destek olmak yoluyla umudun gelişmesine katkı sunabilirler. Umudun dış kaynakları ise, iyileşme için sunulan ve bireyin biopsikososyal bütünlüğünü gözetken tüm sağlık hizmetleri, bireyin yakınları, toplumdaki destek sistemleri ve çevrede bireye katkı sağlayabilecek her tür olanakları içermektedir. Ruhsal iyileşmede umut kavramına odaklanma, iyileşme ile umut arasındaki ilişkinin iyi kavranmasını gerektirmektedir. Bu anlamda umudu belirleme, artırma ve kullanmaya yönelik tüm faaliyetler iyileşme yolculuğunda bireye ve yakınlarına eşlik eden ruh sağlığı çalışanlarının temel uğraşları olmalıdır.

Anahtar sözcükler: umut, ruhsal iyileşme, hizmet kullanıcısı

Kaynaklar

1. Cutcliffe J, Herth K. The concept of hope in nursing 2: Hope and mental health nursing, British Journal of Nursing, 2013; 11(13),885-893.
2. Deegan P.E. Recovery: The lived experience of rehabilitation. 2019. Erişim: <https://namimn.org> > NAMI_HFR_March2019. Erişim Tarihi:21.10.2019
3. World Health Organization Quality Rights, Promoting recovery in mental health and related services(Pilot Version). 2017. Erişim: <https://apps.who.int> > iris > bitstream > WHO-MS..Erişim Tarihi:21.10.2019.

P10. Psikososyal Terapilerde Yetkinleşme

P10/1. PSİKOLOGLUK MESLEĞİNDE YETERLİLİĞİ BELİRLEYİCİ BAZI DEĞİŞKENLER: PSİKOTERAPİSTİN YETERLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ, PSİKOTERAPİSTİN KİŞİSEL TERAPİSİ, ÖZ-BAKIMI VE DUYGUSAL YETERLİLİĞİ

Burcu Köylüoğlu, Özden Yalçınkaya Alkar

Psikologların günümüz toplumunda karşılaştıkları mesleki sorunlar göz önüne alındığında, hizmet ettikleri kişilere yüksek kaliteli bakım sağlamak için mesleki yaşamları boyunca yetkin olma ve yetkinliklerini sürdürme konusundaki etik yükümlülüklerini en iyi şekilde nasıl karşılayacakları sürekli olarak tartışılan bir konudur. Bu doğrultuda psikoterapist olarak psikoloğun yeterliliğinin değerlendirilmesi, kendisinin kişisel terapisi ve süpervizyonu, öz-bakımı ve duygusal yeterliliği konularının, yeterlilik ve etik alanda belirleyici değişkenlerden olduğu düşünülmektedir. Yeterliliğin anlamı, nasıl ölçüleceği ve nasıl geliştiği gibi birçok soru cevapsız kalmaktadır. Çünkü yeterlilik yapısının altında yatan merkezi teorik konuların sayısı çoktur ve hâlihazırda mevcut olan psikolojik yaklaşımlar oldukça çeşitlidir (Sharpless ve Barber, 2009). Farklı araştırmacılar psikoterapistin yeterliliğinin değerlendirilmesi için bir takım yöntemlerden söz etmektedirler (Örneğin; Hogan, 1979, aktaran Shaw ve Dobson, 1988; Klein ve Babineau, 1974; Chevron ve Rounsaville, 1983). Fairburn ve Cooper, (2011) bir tedavinin amaçlandığı şekilde uygulanıp uygulanmadığına değinilirken psikoterapistin yeterliliğinin ön plana çıktığını; bu yüzden, terapistin yeterliliğini değerlendirirken, terapistin kabul edilebilir bir standartta tedavi sağlama kapasitesinin değerlendirilmesinin gerektiğini ve bu değerlendirme yapılırken terapistin bir tedavi hakkındaki bilgisinin, bu bilgiyi kullanımının ve terapistin tedaviyi uygulama yeteneğinin ölçümünün son derece önemli olduğunu ileri sürmektedir. Norcross, (2005) kişisel terapiyi, çeşitli teorik yönelimler ve tedavi biçimleri aracılığıyla ruh sağlığı profesyonellerinin (ve eğitim görenlerin) psikolojik tedavisini kapsayan genel bir terim olarak tanımlamaktadır. Mevcut araştırmalar psikoterapistler arasında kişisel terapinin ve terapi yetkinliğinin yüksek düzeydeki ilişkisine işaret etmekte ve mesleki eğitimin, klinik uygulama ve terapistin kişisel bakımı için daha da fazla kullanılmasını teşvik etmektedir (Orlinsky, Schofield, Schroder ve Kazantzis, 2011). Türk Psikologlar Derneğinin Etik Yönetmeliğinde öz bakım doğrudan yer almamakla birlikte, psikoterapistlerin yetkin ve yeterli olma; kişilere yararlı olma ve zarar vermeme sorumluluğu etik ilkeleri dikkat çekmektedir (Türk Psikologlar Derneği [TPD], 2004) ve bu ilkeler öz bakım ile etik arasında kritik bir bağlantı sağlamaktadır. Papa ve Brown (1996), yeterliliği tanımlarken, yeterliliğin bilgi ve teknik becerilerin yanı sıra duygusal yeterliliği de kapsadığını ileri sürmektedirler (aktaran Knapp, 2010). Duygusal yeterlilik terimi tipik olarak bir bireyin duyguları nasıl deneyimleyebileceği, işleyebileceği ve kullanabileceğiyle ilgili bir dizi beceri ve nitelik içeren bir şemsiye terim olarak kullanılmaktadır (De Vries, 2012). Porter-O'Grady, ve Malloch, (2007) duygusal olarak yeterli ruh sağlığı uzmanlarının, hastalarına ve meslektaşlarına saygı gösterdiklerini, onların temel motivasyonlarını anladıklarını, sorumluluk almaya ve hatalı durumları düzeltmeye istekli olduklarını, kendi eylemleri için hesap verme yeteneğini barındırdıklarını ve sorumluluk eksikliği nedeniyle olumsuz sonuçlanan eylemleri düzeltmek için olumlu adımlar attıklarını öne sürmektedir (aktaran Doas 2012). Sonuç olarak, ilgili alan yazın incelendiğinde etik davranışın merkezinde, danışan refahına saygı duyma ve danışana

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

değer verme zihniyetinin olduğu göze çarpmaktadır. Bu durum danışana yönelik koruyucu ve önleyici tedbirlerin alınması veya yasal belli ilke ve standartlara uyulmasıyla sağlanabildiği gibi psikoterapistin kendine özen göstererek mesleki işlevselliğini en üst düzeyde tutmasıyla da söz konusu olabilmektedir. Buna ek olarak, danışana yönelik en iyi, en kaliteli ve en etkili hizmetin sunulması, psikoterapistlerin kişisel ve mesleki yaşamlarında iyilik hallerini korumasıyla doğru orantılıdır.

Anahtar kelimeler: psikolog, mesleki yeterlilik, terapi, eğitim

Kaynaklar

1. Chevron, E. S. Ve Rounsaville, B. J. (1983). Evaluating the clinical skills of psychotherapists: A comparison of techniques. Archives of general psychiatry, 40(10), 1129-1132
2. De Vries, I. (2012). In search of the master therapist: emotional competence and client outcome: a thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of master in psychology, Massey University, Palmerston North, New Zealand (Doctoral dissertation, Massey University).
3. Fairburn, C. G. Ve Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. Behaviour Research and Therapy, 49(6-7), 373-378.
4. Klein, R. H. Ve Babineau, R. (1974). Evaluating the competence of trainees: It's nothing personal. American Journal of Psychiatry, 131(7), 788-791.
5. Knapp, S. J. Ve Vandecreek, L. D. (2010). Psikologlar için pratik etik: Pozitif yaklaşım (çev. M. Yılmaz, TF Karahan, S. Balcı Çelik, ME Sardoğan). Ankara: Mentis Yayınevi.
6. Norcross, J. C. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and developing psychologists. American Psychologist, 60(8), 840.
7. Orlinsky, D. E., Schofield, M. J., Schroder, T. Ve Kazantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: A practice-friendly review and a new study. Journal of Clinical Psychology, 67(8), 828-842.
8. Sharpless, B. A., ve Barber, J. P. (2009). A conceptual and empirical review of the meaning, measurement, development, and teaching of intervention competence in clinical psychology. Clinical Psychology Review, 29(1), 47-56.
9. Türk Psikologlar Derneği (2004). Türk Psikologlar Derneği Etik Yönetmeliği. Erişim tarihi 03 Ocak 2014, <http://www.psikolog.org.tr/turkey-code-tr.pdf>

P11. Ciddi Ruhsal Hastalıklarda Psikososyal Yaklaşımlar

P11/1. HASTALARA BİYOPSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Ash Sarandöl

Biyopsikososyal modelin temel kuramsal dayanakları von Bertalanffy, Menninger, Engel, Marmor ve diğer araştırmacılar tarafından betimlenmiş olan sistemler kuramına dayanmaktadır. Engel; “her bir birim aynı zamanda hem bir parça hem de bir bütündür” derken birey için; “aynı zamanda organizma örgütlenmesinin hem en üst düzeyini temsil eder, hem de toplumsal örgütlenmenin en alt düzeyini”, “her sistem parçası olduğu sistemin yapısı ile etkilenir ki bu da çevredir” demiştir. Sistemler kuramı bireyin sağlık ve hastalığa katkıda bulunan etkenlerin çokluğu nedeniyle geniş tabanlı, çoğulcu bir yaklaşımın gereğine işaret eder. Doherty, biyopsikososyal yaklaşımın kuramsal değerini hastalıkların gelişimi ve tedavilerinde biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin karmaşık etkileşimini anlayabilmemizin aracısı olması nedeniyle desteklemiştir. Biyopsikososyal yaklaşımda hastalığın etyolojisi ve tedavisine ilişkin tüm ana kuramsal yaklaşımlardan elde edilen verilerin bütünlüştürülmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Bu yaklaşımda hasta belirli bir kurama göre betimlenmeli, ancak çeşitli klinik programlar, hasta tipine göre tedavi yaklaşımlarının esnek bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Bu yaklaşımda öncelikle hastanın kalıcı biyolojik özellikleri, ardından ailesel, sosyokültürel, psikolojik ve rol işlevlerine ilişkin bilgiler tanımlanmalıdır. Tedavi yaklaşımlarında da esnek tutum uygulanmalıdır. Temelde bu yaklaşımda öncelikle biyolojik müdahale ve ardından ya da beraberinde psikoterapötik yaklaşım gelmektedir. Ancak halen somatik tedavilerle ki başta ilaç tedavisi ve psikoterapinin uygulanmasına dair sistematik bir tutum bulunmamaktadır. Bu sunumda öncelikle biyopsikososyal yaklaşımın tarihçesi, ilkeleri ve günlük psikiyatri uygulamalarında yaklaşımla ilişkili karşılaşılan güçlüklerle yer verilecektir. Birkaç klinik olgu sunularak bu yaklaşıma dair değerlendirme yapılacaktır.

Anahtar sözcükler: biyopsikososyal, psikodinamik, kültür, tedavi

Kaynaklar

1. Engel GL. The clinical application of biopsychological model. Am J Psychiatry 1980; 137:535-544,
2. Biyopsikososyal formülasyonlar. Psikiyatrik Olgu Formülasyonları. (Ed. Sperry L, Gudeman J, Blackwell B, Faulkner LR. Çeviren: Küey L) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994; 112-146.
3. Gabbard GO. Ve Kay J. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? Am J Psychiatry, 2001; 158: 1956-1963.

P12. Multidisipliner Ekiple Ruhsal Bozukluklarda Sanat Psikoterapi Eğitimi: Teori, Uygulama, Kişisel Deneyim

P12/1. MULTİDİSİPLİNER EKİPLE RUHSAL BOZUKLUKLARDA SANAT PSİKOTERAPİ EĞİTİMİ: PROGRAMIN TANITIMI

Nurhan Eren

Psikolojik süreçler karmaşıktır. Bire bir veya grup etkileşimlerinde ortaya çıkan kişilerarası süreçleri anlamak, özellikle terapistin kendi içsel süreçlerinin de işe karışmasıyla daha da zorlaşır. Mezuniyet sonrası psikoterapi eğitimi almak isteyen meslek üyelerine yönelik, kendilerinin ve hastaların duygusal tepkilerini tanımaları, bu farkındalığı terapötik müdahaleler geliştirmede kullanmaları ve zamanla müdahalelerini daha da yetkinleştirmelerini sağlamak için çeşitli eğitimler, sertifika ve kurs programları vardır. Bir psikoterapi eğitimi teori, uygulama ve kişisel farkındalık olmak üzere üç temel alanı kapsamalıdır. Aynı zamanda belli bir süreci içermeli ve terapist adayının mesleki olgunlaşmasını hedeflemelidir. Bu sunumda sanat psikoterapi eğitimi alanında bir model tanıtılmakta ve eğitimin farklı aşamaları aktarılmaktadır. Sanat psikoterapisi; bu konuda eğitim almış bir terapist ile etkileşim içinde, görsel, duyuşsal, bedensel, imgesel bir tasarım oluşturmaya odaklı sanat yapma ve ortaya çıkan ürün üzerinden (artwork) yansıtımlarla işleyen, dışsallaştırma ve içselleştirme süreçlerini içeren bir psikoterapi yöntemidir. Sanat ürünü aracılığıyla oluşan terapist-hasta ve artwork'den oluşan üçgen ilişki terapötik alanın olanaklarını genişleterek çok çeşitli hasta gruplarında kullanmaya olanak sağlar. Bu anlamda sanat psikoterapileri bireysel ya da grup şeklinde, kronik ruhsal bozukluklardan nevrotik bozukluklara, travma sonrası bozukluklardan kişisel gelişim ve büyümeye kadar çok geniş bir alanda kullanılmaktadır. Sanat psikoterapi eğitimi, terapistin sanat, yaratıcılık, ruh sağlığı ve bozuklukları hakkında bilgisini, sanatın ruhsal bozukluklarda çeşitli kuramlara yönelik terapötik uygulamalarını ve kendi yaratıcı sürecini geliştirmeyi içerir. Programa; sağlık, ruh sağlığı ve sanat alanında bir lisans programını bitiren meslek üyeleri kabul edilmekte ve multidisipliner bir ekip içinde akran etkileşimlerinden yararlanılmaktadır. Programın teorik eğitim bölümünde sanat, yaratıcılık ve uygulama örnekleri, ruh sağlığı ve hastalıkları, sanatın etik kullanımı gibi konular yer almaktadır. Uygulama bölümünde katılımcılar, hastalarla yürütülen sanat terapi atölyelerine başlangıçta gözlemci, ilerleyen süreçte yardımcı yürütücü ve hazır olduklarında yürütücü terapist olarak katılırlar. Grup süreçlerinin değerlendirilmesinde, her oturumda yürütücü ve gözlemcilerle akran süpervizyonu yapılır, haftalık periyotta da bir uzman ile grup süpervizyonu sağlanır. Eğitimin 2. Yılında katılımcılar bağımsız bir sanat terapi süreci yürüterek, hasta seçimi, ortamın ve malzemenin hazırlığı, sanat terapi müdahalelerinin planlanması, etkinliğinin değerlendirilmesi ve bir bitirme projesi olarak raporlanmasını gerçekleştirirler. Eğitimin bir diğer ayağı kişisel deneyim atölyeleridir. Katılımcılar 2 yıl boyunca kapalı bir grup olarak süren bu atölyelerde resim, müzik, beden ve hareket alanlarında çeşitli sanat terapi çalışmalarına katılırlar. Bu süreçte, hem sanatın çeşitli kullanım alanlarını kendilerinin deneyimleyerek öğrenmeleri hem de kendi yaratıcı süreçlerini ve kişisel farkındalıklarını geliştirmek amaçlanmaktadır. 2 yıl süren eğitimin bir diğer önemli ayağı da bir hafta yoğun maraton çalışmaları kapsayan yaz okuludur. Burada da kendi özgün tarzlarını geliştirmeleri ve akran öğrenme ile zenginleşmeleri hedeflenir.

Kaynaklar

1. Rubin JA. Approaches to Art Therapy- Theory and Tecnique. New York: Brunner-Mazel;1987. P. 15-150.
2. Delaney KR, Perraud S, and Carlson-Sabelli L. Psychotherapy Training: What Ever Happened to Process? Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 22, No. 4 (August), 2008: pp 237–239.
3. Eren N. Psikiyatride Bakım İçin Sanatın ve Sanat Terapisinin Yeri. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics 2015;1(1):95-104

P12/2. TERAPİSTİN HAZIRLIĞI: KLİNİK UYGULAMA VE SÜPERVİZYON BİLEŞENİ

Aylin Arıcı

Sanat psikoterapi eğitiminin en önemli özelliklerinden biri katılımcılara klinik uygulama yapma ve süpervizyon desteği alma imkânını eş zamanlı olarak sunmasıdır. Psikoterapi sürecinin sağlıklı işleyebilmesi ancak klinik uygulama sonrası düzenli süpervizyon desteği ile mümkün olabilmektedir. Sanat psikoterapileri eğitiminde katılımcılar öncelikle gözlemci olarak atölyelere katılırlar. Gözlem notlarını ve kişisel değerlendirmelerini atölye sonlarında atölye yürütücüleri ile paylaşırlar. Eğitim sürecinde en az 50 saatlik süpervizyon (akran, grup ve vaka süpervizyonları) eğitimi zorunlu olmakla birlikte, katılımcılar eğitim sürecinde gözlemcilik, yardımcı yürütücülük ve yürütücülük aşamalarını tamamlamak zorundadırlar. Katılımcılar uygulamanın planlanması, klinik uygulama ve süpervizyon süreçlerini eğitim için geliştirilen “Süpervizyon Formu” ve “Atölye Değerlendirme Anketi” ile raporlaştırırlar. Eğitimin tamamlanabilmesi için son olarak en az 18 oturumlu bir araştırma projesinin tamamlanması ve sunulması gerekmektedir. Katılımcılar eğitim programının etik ilkelerini öğrenmek ve uygulamak ile yükümlüdürler. Sanat psikoterapisi eğitiminin klinik uygulama kısmı kendi içinde bölümlere ayrılmaktadır. Oturumların giriş aşamasında katılımcılar orada buldukları “an” a ilişkin kısa bir değerlendirme yaparlar. Hangi duygu ile atölyede bulduklarını ve eğer isterlerse bu duygunun sebeplerine ilişkin paylaşımda bulunurlar. Klinik uygulamanın ilk kısmı “ısınma” diye adlandırılan, danışanları “şimdi ve burada” ya çekmesi beklenen, danışanların yaratıcı sürece hazırlandıkları süreçtir. Uygulamanın ikinci kısmı “ana etkinlik” kısmıdır. Bu aşama danışanların kendilerini yaratıcı sürece bıraktıkları aşamadır. Diğerlerinden daha uzun sürmektedir. Danışanların sanat aracılığı ile kendilerini ifade etmeleri sağlanır. Ana etkinlik sonrası kısa bir mola verilerek, danışanların yaratıcı sürecin dışına çıkması hedeflenir. Süreçten sıyrılmak, danışanların esere dışarıdan bakabilmesi açısından son derece önemlidir. “Paylaşım” kısmında ise danışanlar tüm sürece ilişkin deneyimlerini paylaşırlar. Sürecin tümünün danışanların iç görülerinin artmasında önemli rol oynadığı söylenebilmektedir. Bu sunumda; genel anlamda sanat psikoterapisi eğitiminin aşamaları, süpervizyonun önemi, süpervizyon çeşitleri, klinik uygulamanın bölümleri, katılımcıların rol ve sorumlulukları ile etik ilkeler yer almaktadır.

Anahtar sözcükler: sanat, yaratıcılık, sanat psikoterapisi

Kaynaklar

1. Atik Z.E, Arıcı F., ve Ergene T. Süpervizyon Modelleri ve Modellere İlişkin Değerlendirmeler, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2014; 5 (42), 305-317.
2. Meydan B., Koçyiğit M., Süpervizyon İlişkisi, Psikolojik Danışma Süpervizyonunda Kritik Bir Öğe, Ege Eğitim Dergisi, 2016; (17) 1: 225-257.
3. Eren N. Psikiyatride Bakım İçin Sanatın ve Sanat Terapisinin Yeri. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics 2015;1(1):95-104.

12/3. TERAPİSTİN KENDİNİ TANIMA SÜRECİ: KİŞİSEL DENEYİM ATÖLYELERİ

Nil Bruk Oy

Psikoterapist olma süreci, hayat boyu devam eden, teknik bir bilgiden ve beceriden fazlasını gerektiren kapsamlı ve kompleks bir süreçtir. Diğer tüm mesleklerden farklı olarak, yetkin bir terapist olmak için kişi kendi iç dünyasını keşfe çıkmalı ve kendi ile yüzleşmelidir. Terapistlik sürecinde danışanla bir araya gelen terapist artık kendi düşünceleri, hisleri ve önyargılarıyla da yüzleşmeye başlar. Başlangıçta hissedilen duygular yerini zamanla baş edilmesi zor duygulara bırakabilir. Tam da bu noktada psikoterapist eğitiminin önemli bir parçası olan kişisel farkındalık eğitimi (kişisel deneyim atölyeleri) terapistin kendini deneyimleyerek anlaması açısından önemli bir yer tutmaktadır. Bu sunumda terapistin kendini tanıma sürecinde kişisel deneyim atölyeleri ile ilgili bilgi verilmekte olup kişisel farkındalığın mesleki olgunlaşma üzerine olan etkisi aktarılacaktır. Terapist olabilmek adına alınan eğitimlerde temel kavram ve teoriler kadar, kişisel deneyim atölyelerini tamamlamak, iç görü ve tecrübe kazanmak da oldukça önemlidir. Dünya üzerinde 400'den fazla olduğu tahmin edilen psikoterapi türünün her birinde terapistin kendini keşfetme süreci, yöntem ve tamamlanması gereken toplam saat açısından farklılık göstermektedir. Örneğin; psikodinamik yaklaşımda teorik eğitimden önce başlayan kişisel deneyim bireysel olmakla birlikte uzun soluklu bir süreçtir. Bunun yanı sıra iç görü odaklı olmayan bilişsel davranışçı yaklaşımda kişisel farkındalık istenmezken uygulama odaklı süpervizyon eğitiminin tamamlanması beklenir. Grup terapisini merkezine almış psikodrama eğitiminde kişisel deneyim atölyeleri kapalı gruplar şeklinde 2/4 yıl süren bir süreçken, kapalı grup anlayışını benimseyen bir diğer yaklaşım olan sanat psikoterapisi eğitiminin kişisel farkındalık kısmı da 2 yıl sürmekte olup, çeşitli sanat terapi atölyelerini içermektedir. Terapistlerin kendilerini anlaması mesleki olarak verimliliğe önemli derecede katkıda bulunmaktadır. Deneyimsel anlayışı içeren kişisel deneyim atölyeleri, terapistin kendiliğinin farkına varması, kişisel değişim sürecini deneyimlemesi, aktarım ve karşı aktarım süreçleri ile ilgili durumları gözlemleyebilme fırsatı sunması, ortaya çıkan bilinçdışı çatışmaların uygun bir teknikle profesyonel bir eğitimci-psikoterapist ile birlikte çözüme ulaşması açısından terapistin eğitiminde önemli bir yer tutmaktadır. Kişisel deneyim atölyelerinin tamamlanması, katıldığı psikoterapi süreci hakkında iç görü kazanmış olan terapistin, gelişen empati becerileri ile birlikte ileride yürüteceği terapötik ilişkisinde kendini ifade etmesi için yaratıcı fikirler ve uygulama örnekleri sunması açısından da terapist olma yolculuğunda terapisti hazırlayan en önemli unsurlardan biridir.

Anahtar sözcükler: psikoterapi eğitimi, kişisel deneyim, mesleki gelişim

Kaynaklar

1. Bilican, F. I., Soygüt, G. Türkiye'de Eğitim Sürecinde Olan ve Deneyimli Psikoerapistlerin Mesleki Gelişim Süreçleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 2015; 1-12.
2. Cozolino, L. Terapist Olmak: İçsel Bir Yolculuk İçin Pratik Bir Rehber. Ed. Özakkaş, T. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, Birinci Baskı, İstanbul, 2017; 3-31.
3. Norcross, j. C. The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Educating and Developing Psychologists. American Psychologist Association, 2005; 840-850.

**P12/4. SANAT TERAPİSTİNİN BESLENME ÇANTASI: GÜMÜŞLÜK AKADEMİSİ
YAZ OKULU**

Sibel Banu Muratlı

“Yaratıcı eylemi” iyileşmenin ve dönüştürmenin güçlü metodu olarak temel alan eğitimimiz, farklı disiplinlerden gelen bir meslek tabanına oturmuştur. Terapide iletişimin merkezinde “art work” bulunmaktadır. Deneyim atölyeleri, Sanat Terapisi eğitimi alan kişilerin yaratıcı sürecin nasıl işlediğini ve terapötik dinamiklerini bizzat yaşantılandırıdıkları için önemlidir. Yaz okulları bu çalışmalarını izole bir ortamda maraton şeklide yapılandırmanın faydalı olacağı inancıyla eğitimin bir parçası olmuştur. Farklı disiplinlerin uygulama yöntemlerine dair her katılımcı aynı teknik bilgi ve deneyime sahip değildir. Yaklaşık yedi günlük kamplar boyunca, alanda eğitim almış ve çalışmakta olan terapistler, sanat terapisi uygulayıcıları farklı yöntemleri bir akran öğrenmesi çerçevesinde paylaşır, fikir alışverişinde bulunmaktadır. Yaz Okulu sanat terapisi alanında eğitim almış terapistlerin kendi geldikleri farklı disiplinlerden yola çıkarak, alanda nasıl uygulamalar yaptıklarını paylaştıkları bir deneyim süreci olarak tasarlanmıştır. Aynı zamanda burada yaşadıkları kişisel sürecin, meslek yaşamlarında nasıl özgün bir şekilde kullanabileceği akran öğrenmesi çerçevesinde deneyimlenmesi hedeflenir. Plastik sanatların farklı disiplinlerine dair tekniklerin (ebru, seramik vs) uygulandığı atölyelerin yanı sıra, dans, hareket, nefes, müzik çalışmaları, film ve edebiyat eserlerinin sanat terapisi açısından analizleri de yapılmaktadır. Bodrum Gümüşlük Akademisinin fiziksel ortamı sürecin aynı zamanda bir inziva niteliğinde geçmesini sağlamaktadır. İki senede bir yapılmakta olan yaz okulu, katılımcılar için mesleki tükenmişlik bakımından bir öz şefkat alanı da açmaktadır. Her yaz okulu tematik bir yapılanma içinde yürütülmektedir. Atölye yürütücüleri bu temaya uygun içerik, teknik ve malzemeler seçerler. Yaz okulu süresince katılımcı terapist ve terapist adayının mesleki olgunlaşması bakımından yine aynı alanda eğitim almış terapistlerin yürüttüğü deneyim atölyeleri boyunca karşılıklı fikir alışverişinde bulunmaktadır. Deneyimlerin mesleki platformda nasıl uygulandığı ve geliştirilebileceği konuşulup, tartışılmaktadır.

Anahtar sözcükler: sanat terapisi, akran öğrenme, multidisipliner sanat terapisi

Kaynaklar

1. Waller D. Group Interactive Art Therapy. Its use in training and treatment, Routledge: 1 edition; 1993;(May) p.27.
2. Dilawari K and Tripathi N. Art therapy: A creative and expressive process Indian Journal of Positive Psychology; 2014;5(1), p. 81-85

P14. Ruhsal İyileştirimde Az Bilinen Terapi Türleri

P14/1. DÜNDEN BUGÜNE MÜZİK TERAPİSİ

İlknur Kiraz Avcı

Müzik duyguların taşıyıcısı ve ileticisi olarak geçmişten günümüze dek hayatımızda önemli bir yer tutar. Müzik kimi zaman bizi sakinleştirir, bazen canlandırır, kimi zaman hüznün ve neşe gibi duyguları yaşatır. Müzik terapi her ne kadar yeni bir alan olsa da çoğumuz müziğin iyileştirici gücünü kendi deneyimlerimizle keşfetmişizdir. Dünya Müzik Terapi Federasyonu, müzik terapiyi “Bir kişi veya grubun fiziksel, duygusal, sosyal ve bilişsel ihtiyaçlarını karşılamak üzere gereksinim duyduğu iletişim, ilişki, öğrenme, ifade etme, mobilizasyon, organizasyon ve diğer terapötik bileşenleri geliştirmek ve artırmak için müziğin ve müzikal öğelerin (ritm, ses, melodi, armoni) eğitilmiş bir müzik terapisti tarafından tasarlanarak kullanılması” olarak tanımlar. Müzik terapistleri, danışanların içlerindeki duygu ve düşünceleri açığa çıkarabilecekleri, yansıtabilecekleri, canlandırabilecekleri, temsil edebilecekleri müzik deneyimleri yaşamalarını, başkalarıyla iletişim kurabilme yeteneklerini ve kişisel farkındalıklarını artırmalarını sağlarlar. Bunları dört ana müzik deneyim türü olan dinleme, doğaçlama, yeniden yaratma, besteleme yöntemlerini kullanarak gerçekleştirirler. Günümüzde müzik terapi, okullarda, hastanelerde, özel kliniklerde, bakımevlerinde, huzurevlerinde, hapisanelerde ve çeşitli kurumlarda kullanılmaktadır. Otistik çocuklar, duygusal açıdan yoksun bırakılmış, öğrenme güçlüğü olan veya zihinsel geriliği olan çocuklar, psikiyatrik hastalığı olan erişkinler, engelli bireyler, madde bağımlıları, tıbbi hastalığı olanlar, travmaya maruz kalan kişiler veya topluluklar için müzik terapi uygulanabilir. Güncel çalışmalar hem psikiyatrik hastalıklar hem de tıbbi hastalıklarda müzik terapinin faydalı olduğunu göstermektedir. Sanatın hızlandırıcı, bütünleştirici, iyileştirici etkisi düşünüldüğünde, müzik terapi ve diğer sanatla terapi yöntemlerinin giderek yaygınlaşması, bu alanda eğitim veren kurumların artırılması, uygulayıcı terapistlerin yetişmesi toplum ruh sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir.

Anahtar sözcükler: müzik terapi, sanatla terapi, ruh sağlığı

Kaynaklar

1. Birkan, Z. I. Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Akupunktur, Ankara*, 37. 2014.
2. Bruscia, K. E. *Müzik terapiyi tanımlamak*. Nobel Yaşam. 2016.
3. Ducourneau, G. *Müzik terapi ilkeleri*. Nobel Yaşam. 2016.
4. Erkkilä, J., Brabant, O., Saarikallio, S., Ala-Ruona, E., Hartmann, M., Letulë, N., ... & Gold, C. Enhancing the efficacy of integrative improvisational music therapy in the treatment of depression: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 2019; 20(1), 244.
5. Uçaner, B., & Jelen, B. Müzik Terapi Uygulamaları ve Bazı Ülkelerdeki Eğitimi. *Folklor/Edebiyat*, 2015; 21(81), 35-46.

P14/2. MACERA TERAPİSİ

Deniz Yıldız

Macera terapisi, macera deneyimleri ve deneyimsel eğitim uygulamalarının terapötik olarak birleştirildiği ve ruh sağlığı uzmanları tarafından danışanlara fiziksel görevlerin verildiği, kurallı, genellikle doğal ortamlarda gerçekleştirilen ve kinestetik olarak danışanların bilişsel, duyuşsal ve davranışsal düzeyleri ile ilişkili olan ve tipik olarak küçük gruplar (8-15 kişi) şeklinde düzenlenen bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Maksudatlı ve stratejik olarak macera etkinliklerinin terapötik değişim süreci ile birleştirilmesi, katılımcıların yaşamlarında kalıcı değişimler meydana getirme hedefini gütmektedir. Bu ise macera terapisi için somut, eylem temelli ve deneysel bir araç sunmaktadır. Macera terapisi katılımcılar için alışılmadık bir çevrede meydana gelir. Diğer terapötik müdahalelerden farklı olarak, terapistin ya da danışmanın ofisinde gerçekleşmez, sıklıkla doğal çevrede uygulanır. Macera terapisinde değişim hem somut düzeyde hem de meta düzeyde gerçekleşir. Macera terapisi somut davranışları hedef almalıdır ve bunları maceranın yaygın tanımı ile ilişkili kendiliğinden sağlıklı fırsatlar sağlayarak değiştirmektedir. Terapötik macera programları macera terapisinin meta süreç düzeyini hedef almak zorunda değildir. Macera terapisi etkinlikleri tırmanma, yürüyüş yapma, kano gibi açık hava meşgaleleri olduğu kadar, takım odaklı başlangıç aktivitelerini de içerebilir. Macera terapisi, risk altındaki ergenler, kanser hastaları, kilo kontrolü yapan hastalar, kadınlar, yetişkinler gibi pek çok örneklemede kullanılabilir. Bu panelde macera terapisinin ayrıntıları anlatılacaktır.

Anahtar sözcükler: macera, terapi, deneyim

Kaynaklar

1. Gass, M. A., Gillis, H. L. Ve Russell, K. C. Adventure therapy: Theory, research, and practice. New York: Routledge. 2012
2. Beringer, A. Ve Martin, P. On adventure therapy and the natural worlds: respecting nature's healing. Journal of Adventure Education and Outdoor Learning, 2003; 3(1), 29-40
3. Itin, C. M. Adventure therapy critical questions. The Journal of Experiential Education, 2001; 24(2), 80-84.
4. Newes, S. Ve Bandroff, S. What is Adventure Therapy. B. Humberstone, (Ed.), Coming of Age: The Evolving Field of Adventure Therapy içinde (136-151). Boulder: Association for Experiential Education. 2004

P14/3. HAYVAN DESTEKLİ TERAPİNİN RUHSAL BOZUKLUKLARIN TEDAVİSİNDE YERİ NEDİR?

Çiçek Hocaoğlu

Çok eski yıllardan bu yana insanların hayvanlarla etkileşim içinde olduğu ve tarihi kalıntılarda birçok çizimde hayvan ve insan figürlerinin bir arada bulunduğu bilinmektedir. Geçmişten günümüze kadar hayvanların terapötik amaçlı kullanımı; fiziksel hastalığı ve ruhsal bozukluğu, uyum sorunu, son dönem hastalığı, madde bağımlılığı olan ya da uzun dönem sosyal destek yetersizliği nedeniyle yalnızlık duygusu yaşayan bireylerde kullanılmıştır. Hayvan destekli terapi (HDT), insan ve hayvan etkileşiminden yararlanarak, fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları harekete geçiren, metabolizmada sağlığı olumlu yönde geliştiren değişiklikleri başlatan yardımcı uygulamalardır. Özellikle demans, inme, depresyon, şizofreni, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, motor bozukluklar gibi birçok alanda kullanıldığı görülmektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda HDT'in anksiyolitik etkisi ile birlikte kalp hızı, kan basıncı gibi hemodinamik parametreleri düzelttiğini ve nöro-hormonal aktiviteyi arttırdığını, ağrıyı, ruhsal durumu iyileştirdiğini ve diğer stres bulgularını azalttığı bildirilmiştir. Depresif belirtileri olan hastalarda duygu durumunu iyileştirmekte, empati ve öğrenmeyi, öz yeterlilik düzeyini ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir. Alzheimer hastalarında da anksiyeteyi, ajitasyonu azaltmakta, olumlu duyguları ve motor aktiviteyi arttırmakta ve sosyal ilişkileri geliştirmektedir. Alzheimer demans tanılı hastaların bulunduğu bakım merkezlerinde yemekhane ünitesine yerleştirilen akvaryumların, yemek yeme isteğini arttırdığı ve kilo alımını sağladığı belirtilmektedir. Benzer şekilde oyuncak-robot hayvanların da demanslı bireyleri mutlu ettiği ve ilgilerini çektiği gösterilmiştir. HDT'de en çok tercih edilen tür olan köpekler ile yapılan bir çalışmada; köpekler ile olan yakın etkileşimin nörokimyasallarda bir artışa yol açarak davranışsal ve psikolojik belirtileri olan hastalıkların iyileşmesinde faydalı olabildiği ifade edilmektedir. Şizofreni tanılı hastalarda HDT uygulamaları ile çelişkili sonuçlarını içeren küçük örneklemlerle yanlılık riski çalışmaları olsa da HDT'in şizofreni üzerindeki gerçek etkisini değerlendirmek için, büyük örneklemlerle, kontrol grubu ile karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır. Son yıllarda olumlu sonuçları ile dikkat çeken HDT ruhsal sağaltım ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde henüz yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bu sunumda HDT ile ilgili güncel bilgiler aktarılacaktır.

Anahtar sözcükler: ruhsal bozukluklar, tedavi, hayvan destekli terapi

Kaynaklar

1. Klimova B, Toman J, Kuca K. Effectiveness of the dog therapy for patients with dementia – a systematic review. BMC Psychiatry.2019; 6;19(1):276.
2. Brown S, Snelders J, Godbold J, et al. Effects of Animal-Assisted Activity on Mood States and Feelings in a Psychiatric Setting. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2019; 10:1078390319853617.
3. Hawkins EL, Hawkins RD, Dennis M, et al. Animal-assisted therapy for schizophrenia and related disorders: A systematic review. J Psychiatr Res. 2019;115:51-60.

P14/4. BİBLİYOTERAPİ VE YAZILI DUYGUSAL DIŞAVURUM NEDİR?

Ziya Berberoğlu

İnsanların yaşamları boyunca en heyecan verici deneyimlerden bir tanesi okuma ve yazmanın öğrenildiği zamandır. Kitapların, insanları sağaltıcı ve onlara fayda sağladığı birtakım özellikleri vardır. Bibliyoterapi, tek bir disipline bağlı olmayan bir kavram olduğundan dolayı temelde aynı mesaj verilmeye çalışılsa da alanlara göre farklılık göstermektedir ancak bütün tanımlamalar, “bilgi ile iyileşme” şeklinde tanımlanabilir. Bibliyoterapi, hem bilgi yönetimi uzmanları hem de ruh sağlığı uzmanları için ortak bir alandır. Bir diğer tanımlamayla bibliyoterapi, doğru zamanda, doğru kişiyle doğru kitabı buluşturarak, kişilerin temel gereksinimlerini tanıyıp doyum sağlama ve iyileşmelerinde onlara yardımcı olabilmesi için kitaplardan yararlanma süreci şeklinde tanımlanmaktadır. Bibliyoterapi terimi Yunan dilinden gelmektedir. “Biblion” (kitap) ve “therapeo” (iyileşme) kelimelerinin birleşmesinden oluşmaktadır. Kitapların iyileştirici bir araç olarak kullanılabilmesi ilk kez Antik Yunan döneminde fark edilmiştir. Antik Yunan’da bir kütüphanenin girişinde “Ruhun Şifa Yeri” ibaresi geçmektedir. Bibliyoterapi, bireyin yaşamında her an ortaya çıkabilecek günlük, sıradan sorunların çözümünde kullanılabileceği gibi, daha yoğun ve karmaşık duygusal sorunların ele alındığı psikolojik sağaltım süreçlerinde de kullanılabilir. Bibliyoterapi çalışmalarıyla, insanların problem çözme becerilerinde iyileşme, benlik kavramının olumlu yönde gelişme ve davranışlarda olumlu değişim gibi sonuçlar elde edilmektedir. Uzun ve / veya kısa dönemli yoğun stresörlerin çok sayıda olumsuz sonuçlarının olduğu bilinmektedir. Bireylerin uyumu bozan olumsuz sonuçlarla baş edebilmek için, travmatik olayla ilgili duygu ve düşüncelerini dışa vurmanın hem fiziksel hem de psikolojik sağlık açısından yararlı olduğu bilinmektedir. Pennebaker ve Beall, bu bilgiyi göz önünde bulundurarak, travmatik deneyimleri açığa vurmanın, psikolojik ve fiziksel sağlık üzerindeki olumlu etkisini test etmek için “yazılı duygusal dışavurum” (YDD) paradigmasını geliştirmişlerdir. Araştırmalar hem sağlıklı hem de sağlık problemleri olan bireylerin travmatik ya da stres verici deneyimlerinden yaklaşık 2 ay sonra, birbirini takip eden 3-4 günde ve en az 15 dakika yazdıklarında birçok sağlık sonucunda olumlu değişim yaşadıklarına işaret etmektedir.

Anahtar Sözcükler: bibliyoterapi, dışavurum, sağaltım

Kaynaklar

1. Acar, D. Ve Dirik, G. Güncel bir paradigma: Yazılı duygusal dışavurum. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2019; 11 (1): 65-79.
2. Acar, D. Ve Dirik, G. Yazılı duygusal dışavurum paradigması: Kanser hastalarının eşlerinde travma sonrası stres belirtilerinin ve travma sonrası gelişim üzerindeki etkileri. *Klinik Psikiyatri*, 2018;21, 154-167.
3. Bulut, S. Yetişkinlerde yapılan psikolojik danışmada bibliyoterapi yönteminin kullanılması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2010; 4 (33), 46-56.
4. Öner, U. Bibliyoterapi. *Çankaya Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 2007; 7, 133-150.
5. Yılmaz, M. Bilgi ile iyileşme: Bibliyoterapi. *Türk Kütüphaneciliği*, 2014; 28, 2, 169-181.

P15. Ruhsal İyileştirim için “Psiko-Sosyal-Gelişimsel Destek Modeli”

P15/1. OTİSTİKLER DERNEĞİ İÇİN YÜRÜTÜLEN PSİKOSOSYAL GELİŞİMSEL DESTEK MODELİNİN İÇERİK VE İŞLEYİŞ DİNAMİKLERİ

Burak İsmanur

Gelişimsel bozukluklar ve ağır psikiyatrik hastalıklar söz konusu olduğunda sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi kavramları önemli başlıklar olarak öne çıkıyor. Hastaların toplumla bütünleşmesi ve yaşamlarını kronik duruma rağmen huzurla sürdürebilmeleri, medikal tedavilerin yanısıra, aslen psikososyal destek çalışmalarıyla sağlanabiliyor. “Psikososyal çalışmalar” başlığının içine öznel koşul ve nesnel ihtiyaçlara bağlı olarak çok çeşitli araç ve yöntemler girebilmekte. Son yıllarda daha fazla önem kazanan toplum temelli ruh sağlığı modeli de bunlardan biri. Toplum temelli ruh sağlığı modeli insani duyarlılıklar geliştirebilme yönünde çağdaşlarından öncekilere göre daha öne çıkıyor. Bu sunumda aktarılan model de toplum temelli ruh sağlığı anlayışından hareketle Türkiye koşullarına ve ülke insanın ihtiyaçlarına uyumlu bir içerik ve işleyiş önermektedir. “Alternatif Gelişim Programları” adı altında yürütülen bu çalışmalar birkaç alt başlıkta ele alınıyor. Öne çıkanları saymak gerekirse; (i) psikososyal grup çalışmaları, (ii) mesleki eğitim ve istihdam hedefli uygulamalar, (iii) hasta yakınları ve aileler için psikolojik hizmetler, (iv) psikoeğitsel ve psikoterapötik destek çalışmaları, (v) erken tanı ve müdahale programı (vi) ekip için sürekli eğitim ve süpervizyon desteği programı. Bu çalışmalar ele alınan tabloların karmaşık ve çok yönlü problemlerine ayrı ayrı çözümler sunabilme amacıyla tasarlanmış olup ortak hedeflere odaklanmış bütüncül bir modeli oluşturmaktadır. Oryantasyon olarak psikodinamik bakış açısıyla hümanistik ve varoluşçu ekollerden etkilenen bir anlayışla yürütülmektedir. Teknikler ise oldukça çeşitlidir. [İnsan-insana] *ilişki* odaklı çalışma anlayışı çerçevesinde psikodrama/sosyodrama gibi fenomenolojik teknikler, sanat unsurlarının araç olarak kullanıldığı koruyucu, geliştirici ve sağaltıcı etkileri gözetilen teknik uygulamalar geliştirilmiştir. “Yaşam dinamiği içinde öğrenme”, “birlikte gelişim ve değişim” ilkeleri programların temel anlayışını da özetlemektedir. Buradan hareketle *farklı olanla birlikte yaşam* anlayışıyla yola çıkan bu modelin yaygınlaştırılması stratejik bir hedef olarak düşünülmektedir. Programların felsefi temelinde ise toplumla bütünleşme (sosyal işlevsellik) kişilerarası ilişkilerin, doğası gereği karşılıklı etkileşimle geliştiği ve buna bağlı olarak hastanın tedavi ve rehabilitasyonu ile birlikte *toplumsal bilinç ve duyarlılık* kavramlarının da modelin bir parçası olması gerekliliği vardır.

Bu çalışma gelişimsel bozukluklar ve kronik psikiyatri hastalarının psikososyal açıdan desteklenmesi yönünde bir model önerisi olarak değerlendirilebilir.

P15/2. RUHSAL İYİLEŞTİRİM ALANINDA SANATLA TERAPİNİN İŞLEYİŞİ VE ETKİ MEKANİZMASI RUHSAL GELİŞİM VE ONARIM İÇİN SANAT

Nevin Eracar

Bu sunumda sanatın eşlik ettiği psikoterapi ve/ya rehabilitasyon amaçlı uygulamalarda benzeşen ve ayrılan özelliklerden, kesişim alanlarından ve bu uygulamaların etki mekanizmalarından bahsedilecektir. Ruhsal süreçlerin anlaşılması onarımı ve gelişimi için sanat eylemleri ve sanat unsurlarından yararlanma yöntemleri ve kullanılabilen teknikler oldukça geniş bir uygulama alanı yaratmaktadır. Rehabilitasyon alanında sanatla çalışma, yaşama uyum veya yeniden uyum sağlama amaçlı işlevsel uygulamaların yapılması için geniş olanaklar içerir. Özellikle psikotik tablolarda kaliteli yaşam ve işlevselliğin korunması veya onarılması oldukça ciddi bir zorluk olarak yaşanmaktadır. Tıbbi tedavi hastalık belirtilerinin kontrol altında tutulmasını sağlarken hastanın günlük yaşamındaki işlevselliği de tedavinin önemli bir parçasıdır. Yaşam kalitesinin sağlanması hastanın öncelikle yaşamda kalma, sosyal ilişkiler içinde durabilme, öğrenme ve üretim arzusu duyabilmesi gibi özel yetilerin desteklenmesi ile mümkündür. Şizofrenik veya otistik bireylerin sadece kendileri değil aileleri de zor hayat olayları ile iç içe yaşamaktadırlar. Toplumsal yaşamda damgalanma sorunları sosyal işlevselliğin eksikliğine, üretim gücünün tükenmesine, hastanın ötekileşme yönünde gerilemesine neden olur. Hasta, varolan yetileri ve üretim kapasitesini harekete geçirme arzusunu kaybettikçe dışlanma, damgalanma durumu kısır döngüsel bir şekilde ilerler. Üretkenlik, toplumsal yaşamın önemli bir parçasıdır. Psikotik hastanın üretkenlik için arzu ve istek duyması, iç dünyanın buna hazır olması ile mümkündür. Sanat terapileri ruhsal onarım, sanatın rehabilitatif kullanımı ise gelişim yönünde kesişen fakat ayrı hedeflerle çalışılan alanlardır. Sanat terapisi, yaşam arzusu eksilmiş, öğrenme isteği kırılmış olan psikotik hastanın iç dünyasında birikmiş olan travmatik anıların izlerini sürer. Sanat unsurları, psikotik dünyanın sembolik dışavurumu için adeta büyülü araçlardır. Hasta kendini ifade edebileceği yargısız ve ayrımsız bir alan bulur. Zihninde yer işgal eden travmatik anıların dışavurumu sanatın simgesel gücü ile sağlanmış olur. Yeni şeyler öğrenme arzu ve sevgisi böyle gelişir. Yaşam kalitesi için çaba gösterme yönünde yeni öğrenmelere ve üretime açık bir durumda iken katılabileceği psikiyatrik rehabilitasyon ancak böyle bir zeminde gerçekleşebilir.

P15/3. GENEL SAĞLIK ÇALIŞANLARINA FARKLI GELİŞENLE İLİŞKİ İÇİN EĞİTİM

Çimen Güldöker

Türkiye’de sağlık hizmetleri dikkate değer bir değişim ve gelişim göstermekte ve çeşitlenmekte, bu bağlamda kalifiye ara eleman ihtiyacı da artmaktadır. Buna paralel olarak özel ve devlet üniversitelerinde Tıbbi Hizmetler ve Teknikler ön lisans programları da hızla çoğalmaktadır. 2017 Nisan itibariyle Türkiye genelinde 76 adet bulunan program her sene en az 50 öğrenci kontenjanı ile eğitim yılına başlamaktadır. Anestezi, ameliyat hizmetleri, diyaliz, fizyoterapi, ilk ve acil yardım, ortopedi, optisyenlik gibi çok geniş bir alanda eğitim alan ve çalışan mezunlar oldukça çeşitli bir hasta profili ve ihtiyacı ile karşı karşıya kalmaktadır. İlgili ön isans programlarının çoğalması ümit vericiyken, akademisyenler ve öğrencilerin uygun teorik bilgi ve pratik deneyime erişemediği eğitim ortamı problemleri ve olumsuz sonuçları da beraberinde getirmektedir. Özellikle bedensel duyumlarda hassasiyetin yoğun olduğu, ses, koku, ışık, dokunulma gibi uyaranların zorlayıcı olduğu otizm vb spektrumlarda, farklı gelişen birey ile sağlık personelin temasında doğru bilgiye erişim önem arz etmektedir. Sadece otizm spektrum bozukluğu özelinde bile düşünüldüğünde toplumda görülme sıklığı 68’de 1’e kadar yükselmiştir. Diğer farklı gelişim gösteren çocuk ve yetişkinler de gözetildiğinde özel ihtiyaçlı birey oranının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum sağlık teknisyenlerinin mevcut mesleki becerilerinin yanında farklı destek ve formasyonlarının olmasını gerektirmektedir. Aksi takdirde kişiler kısa zamanda “tükenmişlik” yaşamakta, yaratıcılıkları sönmekte, kendilerini yetersiz hissetmekte, işten doyum almakta zorluk çekmekte ve çaresizlik hissedebilmektedir. Buna ek olarak farklı gelişenler ve yakınları uygun hizmeti alamamakta, etiketlenme, dışlanma ve kendini yetersiz hissetme gibi çok ciddi sorunlarla baş etmek durumunda kalabilmektedir. Türkiye’deki önlisans programlarının hiçbirinin müfredatında farklı gelişenle ilişki ve hizmette gerekli olan bilgilerin aktarıldığı bir ders bulunmamaktadır. Eğitim içeriği bu ihtiyaca cevap verme motivasyonu ile kurgulanmış ve geliştirilmiştir. Teorik bilgilerin yanı sıra, farklı gelişenle temas fırsat verecek sanatla terapi, psikodrama gibi yaşantısal tekniklerin kullanılması önerilmektedir. Sunumda eğitimin içeriği aktarılacaktır.

Anahtar sözcükler: farklı gelişen, sağlık çalışanları, eğitim

Kaynaklar

1. Hoffman K, Kalkbrenner A, Vieira VM, Daniels J. The spatial distribution of known predictors of autism spectrum disorders impacts geographic variability in prevalence in central North Carolina. *Environ Health* 2012;11:80
2. Jon Baio, EdS. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010 *MMWR* 2014; 63 No. 2; 1-24
3. Taştan, R. Türkiye’de Önlisans Sağlık Meslekleri Eğitimi 35 Yaşında: Sevgiçiçeği Açan Tarlalardan, Portakal Çiçeği Kokan Bereketli Topraklara Kısa Bir Sağlık Meslekleri Eğitimi Tarihi Yolculuğu, *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi*; 1(1): 1-12 ISSN: 2459-1114 DOI: 10.26567/marsag.2017130053

P16. Mesleki Yetkinlik Nedir? Nasıl Sonuçlara Götürür?

P16/4. PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİNİN İLERİ ROLLERİNDE YETKİNLİK

Nurhan Eren

Geleceğin ileri/özelleşmiş psikiyatri hemşirelerini en iyi nasıl hazırlayabiliriz? Psikiyatri disiplini içindeki çelişkili teorik ve felsefi farklılıklarla ilgili mevcut tartışmaları psikiyatri hemşireliği eğitimi ve yetkinleşme sürecinin çerçevesine nasıl yerleştirmeliyiz? Ruhsal bozuklukların biyolojik, nörokimyasal, psikofizyolojik, nörodavranışsal temelleri ile psikopatolojik, psikodinamik, psikososyal, sosyokültürel temellerini psikiyatri hemşireliği uygulamalarında nasıl birleştireceğiz? Bu temellere dayalı tedavi ve bakım müdahalelerini oluştururken, ruh sağlığı ekibi içinde psikiyatri hemşireliğinin ileri rollerini nasıl konumlandıracağız? Bu yetkinliklere ve performanslarına sahip olmak için psikiyatri hemşireliği lisansüstü programlarının müfredatını klinik uygulama ile nasıl entegre hale getireceğiz? Gündeme getirilmesi ve cevaplanması gereken bu sorular aynı zamanda, hem mesleğin kendi içine dönük işlevlerinde, hem de ruh sağlığı ekibi içindeki rolleri ile ilgili dışa dönük alanda tartışılması gereken önemli başlıkları oluşturmaktadır. Günümüzde, ağırlıklı olarak tıbbi modele dayalı, uzun süreli psikofarmakolojik ve biyolojik temelli hastane tedavileri giderek yerini toplum içinde ayaktan sürdürülen psikososyal müdahalelere doğru genişleyen bir anlayışa bırakılmaktadır. Dolayısı ile tıbbi ekiple sınırlı tedavi anlayışının, hastanelerden sosyal kurumlara kadar çeşitli alanların eşgüdümle çalıştığı, çok disiplinli ekip anlayışına doğru değişmesini de gerektirmektedir. Bu değişim ve gelişim psikiyatri hemşiresinin rolünde de bir değişim yaratmakta, sağlığı geliştirme ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde önemli sorumluluklar getirmektedir. Bu anlamda psikiyatri hemşiresinin ileri rolleri sağlıklı birey, aile ve toplum oluşturmada eğitim ve danışmanlıkla başlamakta, hasta kabul, tedavi süreçleri, taburculuk, rehabilitasyon, psikososyal terapiler, evde bakım, toplum içinde izlem çalışmalarına kadar uzanmaktadır. Bireyi biyo-psiko-sosyal boyutları ile bir bütün olarak ele alan uzman psikiyatri hemşireleri; terapötik ilişkiyi kullanma, tedavi ve bakım verme, psikososyal yaklaşımlar, kişilerarası farkındalık ve grup terapileri, krize müdahale, bağımlılık danışmanlığı, psikoeğitim, vaka takibi, çeşitli risk gruplarına yönelik özelleşmiş psikoterapötik müdahaleler, psikofarmakolojik tedaviler olmak üzere çeşitli müdahaleleri kullanmaktadırlar. Ayrıca müdahalelerin etkinliğini değerlendirmeden risk durumlarını tespit etmeye kadar uzanan çeşitli konulara yönelik araştırmalar yürütmekte ve mesleki literatüre katkı sağlamaktadırlar. Bu yetkinlikleri kazanmada lisansüstü psikiyatri hemşireliği eğitimi; vaka takibi ve yönetimi, çeşitli psikoterapi ve danışmanlık yöntemleri, grup dinamikleri ve gruplara yönelik danışmanlık teknikleri, özel tanı gruplarına yönelik iletişim becerileri konularını da içermelidir.

Kaynaklar

1. Wheeler K and Haber J. Development of Psychiatric–Mental Health Nurse Practitioner Competencies: Opportunities 42ort he 21st Century. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. 2004; 10(3): 129-138.
2. McCabe S and Grover S. Psychiatric Nurse Practitioner Versus Clinical Nurse Specialist: Moving From Debate to Action on the Future of Advanced Psychiatric Nursing. Archives of Psychiatric Nursing, 1999; 13 (3);111-116.
3. Eren N. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Terapötik Müdahaleler. Ünsal Barlas G, editör. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. P.34-41.

KURSLAR

KURS 1. BİPOLAR BOZUKLUĞA YÖNELİK RUHSAL İYİLEŞTİRİM HİZMETLERİNDE YENİ BİR BAKIŞ: BÜTÜNCÜL BİLİŞSEL MODEL

Yürütücüler: Dr. Psk. Zeynep Maçkılı

*Klinik Psikolog, Aura Psikoterapi Sanatla Tedavi ve Eğitim Merkezi
İstanbul Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümü*

Psk. Umut Kaya

Aura Psikoterapi Sanatla Tedavi ve Eğitim Merkezi

Hedef Kitle: Ruhsal iyileştirim alanında çalışan profesyoneller (psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi gibi) ve bu alanlardaki asistan ve öğrenciler.

Katılımcı sayısı: 6-20 kişi

Süre: 4 saat

Kurs Tarihi: 22 Kasım 2019 (09.30-12.30)

İçerik:

Bütüncül Bilişsel Model (BBM), bipolar bozukluklarda duygudurumdaki dalgalanmaların ruhsal dinamiğini anlamak ve anlamlandırmak üzere Mansell, Morrison, Reid, Lowens ve Tai (2007) geliştirilmiştir. Bilişsel–davranışçı modelden temellenmekle birlikte, psikozların üstbilişsel yaklaşımı (Morrison, 2001) ile “tanı-ötesi” (transdiagnostic) süreçler yaklaşımı (Harvey, Watkins, Mansell ve Shafran, 2004) bütünleştirilmiştir. Bütüncül Bilişsel Model’e göre, içsel durumlardaki değişimlere dair aşırı, birbiriyle çelişen ve kişiselleştirilmiş yorumlamalar duygudurum dalgalanmalarının oluşumunda önemli bir role sahiptir. Modelden temellenen psiko-sosyal müdahalede amaç, birbiriyle bağlantılı fakat çelişen değerlendirmeleri belirlemek ve içsel durumlarda meydana gelen değişimlerle başa çıkmak için daha etkili ve işlevsel yollar geliştirmektir. Müdahalenin temel noktası, bipolar bozukluğu olan hastaların mevcut problemlerini sürdüren faktörleri anlamak ve hayatlarında kontrolü yeniden elde etmelerine yardımcı olmaktır. Müdahalelerde hedef sadece nöksleri önlemek değil, aynı zamanda bipolar bozukluğu olan kişilerin yaşamlarındaki hedefleri belirlemeleri ve bu hedefleri gerçekleştirmek adına nelere ihtiyaçları olduğu üzerine düşünmeleri, yaşamlarından daha fazla doyum alabilmeleri için sahip oldukları kaynakları gözden geçirmeleri ile kabul ve tahammül kapasitelerinin artmasına yardımcı olunmasıdır. Bu kursun amacı, katılımcılara Bütüncül Bilişsel Model’i tanıtarak, duygudurum dalgalanmaları yaşayan danışanlarının/hastalarının yaşantılarını anlamlandırmalarında yeni bir bakış açısı kazanmalarını sağlamaktır. Bu kapsamda, kursun ilk bölümünde katılımcılara Bütüncül Bilişsel Model bileşenleriyle birlikte tanıtılacak, bireysel ve grup uygulamalarında nasıl kullanıldığına dair örneklerle yer verilecektir. İkinci bölümde ise, Bütüncül Bilişsel Model’den temellenen psikososyal müdahalelerde kullanılan uygulamalardan örnekler paylaşılacak, katılımcıların kendi yaşantılarından bağlantılar kurarak öğrenmelerine zemin oluşturulacaktır.

**KURS 2. ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERDE İLAÇ UYUMUNU ARTIRMA:
MOTİVASYONEL GÖRÜŞME**

Kursun Süresi: 4 saat

Kurs Tarihi: 22 Kasım 2019 (09.30-12.30)

Kurs Programı Sorumlusu: Prof. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman

Kursu Verecek Kişiler: Prof. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Yard. Doç. Dr. Melike Ertem

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Kursun Amacı: Psikiyatri klinikleri, psikiyatri poliklinikleri ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde psikiyatri hastalık tanısı olan bireyler ile çalışan ruh sağlığı profesyonellerine motivasyonel görüşme bilgi ve becerilerinin kazandırılması, ruh sağlığı profesyonelleri ile hastalar arasındaki iletişimin ve iş birliğinin güçlendirilmesidir.

Kursun Hedefleri: Katılımcılar;

- Kronik Psikiyatri hastalarında motivasyonu etkileyen faktörleri öğrenme,
- Motivasyonel görüşme ilkelerini ve özelliklerini öğrenme,
- Motivasyonel görüşmede kullanılan terapötik becerileri bilme,
- Yapılandırılmış bir motivasyonel görüşme içeriği öğrenme.

Kursun İçeriği:

- Motivasyon kavramı, kronik psikiyatri hastalarında motivasyonu etkileyen faktörler
- Motivasyonel görüşmenin ilkeleri, özellikleri, aşamaları
- Motivasyonel görüşmede kullanılan terapötik beceriler
- Şizofreni tanılı bireyde yapılandırılmış motivasyonel görüşme /olgu çalışması

Kontenjan: 20 kişi

Kursa Kabul ve Kayıt Koşulları (Kimleri Kapsıyor): Hekim, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanları, uzmanlık ve doktora öğrencileri.

**KURS 3. REHABİLİTASYON, UĞRAŞI TEDAVİLERİ VE PSİKOTERAPİ
UYGULAMALARINDA SANATLA ÇALIŞMANIN İŞLEYİŞİ VE ETKİ
MEKANİZMASI**

Konuşmacılar: **Dr. Nevin Eracar**, *Kln. Psikolog, psikodrama eğitmeni, öğretim üyesi*
Burak İsmannur, *Kln. Psikolog, psikodrama eğitmeni, öğretim görevlisi*
Püren Şenyuva, *Psikolog*

Süre: 4 saat

Hedef kitle: Ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller ve gönüllüler

Katılımcı sayısı: 8-30

Tanım:

Bu çalışmada sanat psikoterapileri ve rehabilitasyon kavramlarının alanda kimi zaman birbiri yerine kullanılıyor olması dikkati çekmektedir. Buradan görülen ihtiyaç üzerine tasarlanan bu kursta uygulamalarının benzeşen ve ayrılan özelliklerinden, kesişim alanlarından ve bu uygulamaların etki mekanizmalarından bahsedilecek ve katılımcıların deneyimleri üzerine bazı pratik uygulamalar geliştirilecektir.

İçerik:

Ruhsal süreçlerin anlaşılması onarımı ve gelişimi için sanat eylemleri ve sanat unsurlarından yararlanma yöntemleri ve kullanılabilen teknikler oldukça geniş bir uygulama alanı yaratmaktadır. Rehabilitasyon alanında sanatla çalışma, yaşama uyum veya yeniden uyum sağlama amaçlı işlevsel uygulamaların yapılması için geniş olanaklar içerir. Özellikle psikotik tablolarda kaliteli yaşam ve işlevselliğin korunması veya onarılması oldukça ciddi bir zorluk olarak yaşanmaktadır. Şizofrenik veya otistik bireylerin sadece kendileri değil aileleri de zor hayat olayları ile iç içe yaşamaktadırlar. Tıbbi tedavi ve kontrolün önemli bir parçası da yaşam kalitesinin sağlanmasıdır. Sanat terapisi, yaşam arzusu eksilmiş, öğrenme isteği kırılmış olan psikotik hastanın iç dünyasında birikmiş olan travmatik anıların izlerini sürer. Hasta kendini ifade edebileceği yargısız ve ayrımsız bir alan bulur. Öğrenme sevgisi ve yaşam kalitesi için çaba gösterme amaçlı psikiyatrik rehabilitasyon ancak böyle bir zeminde gerçekleşebilir. Kısaca; psikoterapi hizmeti rehabilitasyon hizmetinin sağlanabilmesi için öncül bir önem taşımakta, sanatın psikoterapide kullanımı, bu hizmetin hastaya ulaşmasında kolaylaştırıcı rol oynamaktadır.

Anahtar sözcükler: Ruhsal gelişim, psikiyatrik rehabilitasyon, sanat terapileri

Akış ve Yöntem: Deneyimlerin ve sorunsalın paylaşılması ile başlaması planlanan çalışma ortaya çıkan veriler üzerine uygulamaların geliştirilmesi ile devam eder. Ortaya çıkan verilerin alan pratiğine aktarılması yönünde tartışmalara yer verilir.

KURS 4. SANAT PSİKOTERAPİ ATÖLYESİ: BİREYSEL FARKINDALIK VE EKİP OLMAK

Yürütücüler: Doç. Dr. Nurhan EREN

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Sosyal Psikiyatri Servisi, Çapa, İstanbul*

Petek Sapmaz

*Sanat Eğitmeni, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Psikiyatri Servisi*

Sanat Terapi Atölye Yürütücüsü ve Vira Danışmanlık

Kurs Tarihi: 22 Kasım 2019 (13.00-14.30)

Süre: 2 saat

Katılımcı sayısı: Maksimum 16 kişi

Atölye Ortamı: Kişi sayısı ile orantılı büyüklükte bir oda ve üzerinde çalışılabilecek masa, sabit olmayan kişi sayısı kadar sandalye

Malzeme: Kişi sayısı kadar resim kâğıdı, sulu ve kuru boya, suluboya fırçası, pastel boya, kara kalem, silgi, renkli oyun hamuru, bir paket ıslak mendil, müzik çalar.

KURS 5. RUHSAL İYİLEŞTİRİM GEREKSİNİMİ OLAN BİREYLERE VERİLEN HİZMETLERDEKİ NİTELİK SORUNU VE ÇALIŞANLARIN YETİŞTİRİLMESİ İÇİN İLİŞKİSEL BİR MODEL ÖNERİSİ

Konuşmacılar:

- **Orkun Yontar**
Klinik Psikolog, psikoterapist, yarı-zamanlı öğretim görevlisi
- **Elif Uzer**
Psikolog

Kurs Tarihi: 22 Kasım 2019 (13.00-14.30)

Süre: 2 saat

Hedef Kitle: Psikotik, otistik vb. ruhsal iyileştirim gereksinimli kişilerle çalışan eğitimciler, bakımverenler, sağlık çalışanları

Katılımcı sayısı: 5-15

İçerik: Ruhsal iyileştirim gereksinimli bireylere verilen hizmetlerde bu bireyle iş birliği kurulabilmesi adına verilen hizmetin güvenli bir ilişkisel zemin üzerine inşa edilmesi merkezi bir öneme sahiptir. Gerçeklik algısında sorun yaşayan ve kendini ifade etme kısıtlılığı olan bu tür bireylerle hizmet öncesinde kurulacak ilişkide hizmeti veren kişi tarafından hizmet alanın kişisel gereksinim ve hassasiyetlerini gözetmek, kriz yönetmede ve sorun çözmede yaratıcı olabilmek en çok ihtiyaç duyulan melekelerdir. Çalışmacılar için bu melekeler ulaşma yolunda karşılaşılan engelleri genelde farkında olunamayan veya dönüştürülemeyen bir takım içsel ihtiyaçlar ve savunma mekanizmaları ortaya çıkartmaktadır. Söz konusu kursla amaçlanan, çalışmacıların ruhsal iyileştirim gereksinimli kişilerle çalışırken gerekli ilişkisel yaklaşımı geliştirebilmeleri için sahip oldukları içsel engelleri fark edip etkisini en aza indirerek bu alandaki öz kaynaklarını etkinleştirmelerine ve hizmet alanın bütünsel anlamda gelişimi ve hayat kalitesini iyileştirmek için gereken yaklaşımı sunabilmelerine katkı sağlamaktır.

KURS 6. OKULLARDA RUHSAL İYİLEŞTİRİM: SANATLA TERAPİ VE YARATICILIK ÇALIŞMALARI (PDR VE ÖZEL EĞİTİM KAPSAMINDA)

Konuşmacılar: Dr. Fatma Önalın Akfırat

Psikolojik Danışman, özel eğitim uzmanı, öğretim üyesi

Bil. Uzm. Özden Yılmaz Bilgin

Psikolojik Danışman, aile terapisti

Kurs Tarihi: 22 Kasım 2019 (13.00-14.30)

Hedef kitle: Ruh sağlığı alanında çalışanlar, psikolojik danışmanlar, rehber öğretmenler, özel eğitimciler, öğretmenler

Katılımcı sayısı: 5-15

Tanım: Bu çalışmada, okullarda ruhsal destek gerektiren bireylerle/gruplarla koruyucu, önleyici ve iyileştirici çalışmalarda sanatla terapi ve yaratıcılık yöntem ve tekniklerinden nasıl yararlanılabileceği üzerinde durulacaktır.

İçerik: Sanatla terapi içe atılan malzemelerin sanat ürünleri aracılığıyla dışa vurulması, çıkan ürünün danışmanla birlikte ele alınması sürecidir. İçe atılanların simgeleştirme yoluyla şimdi ve burada ele alınması yaratıcılığı geliştirir ve bireyin varoluşunu anlamlandırmasına katkı sağlar. Ruhsal iyileştirim çalışmalarında sadece görüşme niteliğinde konuşma ağırlıklı çalışmalar özellikle çocuklar ve gençlerle çalışırken yetersiz kalabilmektedir. Bu durumda sanat unsurları bireyin kendisinin de farkında olmadığı duygularına ulaşma olanağı vermektedir. Okullarımızda psikolojik danışmanların önemli işlevlerinden biri ruhsal destek gerektiren bireylerle koruyucu, önleyici ve iyileştirici çalışmalar yapmaktır. Sanat unsurlarıyla çalışmak okullarda dezavantajlı veya farklı diyebileceğimiz birey/gruplarla gelişime yönelik çalışma olanağı sağlar. Bu çalışmada okullarda çalışan profesyonellerin sanat aracılığıyla öğrenci-öğretmen-aile boyutlarında neler yapılabileceği konusunda farkındalık sağlamaları amaçlanmaktadır. Bu bağlamda sanatla terapi ve yaratıcılık çalışmaları tanıtılacak ve uygulama örnekleri yapılacaktır.

**KURS 7. POZİTİF PSİKOTERAPİ TEMELLİ DENGE MODELİ VE YAŞAMIN
DÖRT BOYUTU (BEDEN, İŞ, İLİŞKİ, MANEVİYAT)**

Yürütücüler: Dr. Öğretim Üyesi Gülşen Varlıklı

Dr. Öğretim Üyesi Yıldız Öztan Ulusoy

Kurs Tarihi: 22 Kasım 2019 (14.45-16.15)

Süre: 1,5 saat

AMAÇ: Bireyin kendi birim enerjisinin tüketim ve değerlendirme alanlarına bakarak yaşam biçiminin ve iç çatışmalarının farkındalığını deneyimlemesini sağlamaktır.

İÇERİK: Pozitif Psikoterapi; 1968'den beri Almanya'da Nossrat Peseschkian ve iş arkadaşları tarafından geliştirilen bugün 27 ülkedeki, bkz. www.positum.org ; Birey, çift ve aileler için kaynak odaklı bir psikoterapötik danışmanlık ve sağaltım yöntemidir. PPT, insancıl ve kültürlerarası bir psikodinamik psikoterapi olarak tanımlanır. Pozitif Psikoterapinin insana bakış açısı pozitif, kültüre duyarlı ve insanın dört temel kapasite ile gelişmeye müsait olduğuna inanır: fiziksel, zihinsel, sosyal ve manevi. Pozitif Psikoterapide temel amaç bireyin asıl kapasitelerini geliştirmesine ve Denge Modeli'ni de işe koşarak günlük yaşamında dengeyi sağlamasına yardımcı olmaktır.

YÖNTEM: Bilinen öğretim strateji, yöntem ve teknikleri temelinde; tanışma ve ısınma oyunları, grup dinamiğinin oluşumuna yönelik ikili çalışmalar, katılımlı ve yarı yapılandırılmış bir grup etkileşimi ortamında kâğıt kalem materyal kullanımı.

DEĞERLENDİRME: Gönüllü katılım temelinde; Beden, Başarı, İlişkiler, Maneviyat boyutlarıyla öznel yaşam ihtiyaçlarına yönelik kişisel değerlendirmelere kapı aralamaktır.

Kontenjan: 20 kişi

Etkinlik için gerekli araç-gereç: Kâğıt ve kalem

KURS 8. SOSYAL DURUM ÇALIŞMASI

Yürütücü: Dr. Uğur Özdemir

Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

Kurs Tarihi: 22 Kasım 2019 (14.45-16.15)

Süre: 1,5 saat

İçerik

Sosyal durum çalışması kursu, Ruh sağlığı alanında çalışan başta sosyal çalışmacılar olmak üzere, ruh sağlığı alanında rol alan diğer meslek elemanları ve bu alanların öğrencilerine yönelik, hasta, hasta ailesi ve çevresinin “sosyal” yönden değerlendirilmesine yönelik farkındalık gelişimine yönelik bir içerik taşımaktadır.

Kuskuşuz ki ruh sağlığı alanı, pek çok değişkenin birlikte ele alınmak zorunda olduğu tıp alanlarından biridir. Bu alan içinde en temel de biyolojik, psikolojik ve sosyal değişkenler, hasta, hasta ailesi ve çevresini hem etkilemekte hem de bu süreçlerden etkilenmektedir. Bu etkilenme ve etkileye bilme olasılığı, biyolojik, psikolojik süreçlerde konunun hâkimi olan meslek ve disiplinlerle çoğu zaman ölçülebilir kıstaslarla çalışılmaktadır. “Sosyal” alan diğer iki kavrama göre bugüne kadar hem inceleme hem de ölçülebilme özellikleri daha arkada kalmış bir alan olarak görülmektedir. Bu durum pek tabidir ki ruh sağlığı alanında bütüncül yaklaşım noktasında, bir yönü eksik bırakmaktadır.

Bu çalışmada Ruh Sağlığı alanında “sosyal durum” nasıl incelenebilir, ne zaman inceleyebilir, hangi boyutlarıyla, hangi araçlarla incelenebilir, bu ölçümlenmenin parametreleri nelerdir ve bunu kim, neden yapmalıdır ve bundan kim, nasıl yararlanacaktır gibi sorulara yanıtlar bulunmaya çalışılacaktır.

KURS 9. ŞİZOFRENİDE BİLİŞSEL REHABİLİTASYON PROGRAMI

Eğitici: Dr. Öğretim Üyesi Sibel Coşkun

Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Kurs süresi: 4 saat (14.45-17.45)

Hedef kitle: Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde çalışan ruh sağlığı profesyonelleri, tüm psikiyatri hemşireleri, psikologlar

Katılımcı sayısı: 20 kişi

Gerekli malzemeler: Toplantı salonu (Ortada masa etrafında oturmaya uygun), yazı tahtası, laptop, yansıtıcı, tahta kalemi, katılımcı sayısı kadar kâğıt kalem.

Programın Tanıtımı:

Bilişsel rehabilitasyon şizofreni, demans gibi kronik ruhsal problemi olan bireylerde oluşan bilişsel düzeydeki kayıpların azaltılması ve geri kazandırılması amacı ile uygulanan programlardır. Yapılan araştırmalarda da geliştirilen bilişsel işlevlerin; toplumsal uyum ve günlük yaşam aktivitelerinde düzelme sağladığı belirtilmektedir.

Bilişsel rehabilitasyon kapsamında; Dikkati geliştirme, belleği geliştirme, sözcük dağarcığını geliştirme, ifade gücünü geliştirme, kavram oluşturma, bilişsel esnekliği arttırma, sosyal algı ve sorun çözme becerileri vb. çalışmalar yer almaktadır.

Brenner tarafından bilişsel rehabilitasyon amacıyla oluşturulmuş “şizofreni hastaları için bütünleştirilmiş psikolojik terapi yaklaşımı (BTY)” (Integrated Psychological Treatment for Schizophrenic Patients) program ülkemizde Ö. Yıldız tarafından Türkçeye uyarlanarak şizofreni hastalarına uygulanmıştır. Ülkemizde psikiyatrik rehabilitasyon uygulamaları kapsamında yaygınlaştırılması gereken bir program olduğu söylenebilir.

BTY; genelde grup olarak uygulanan, yarı yapılandırılmış üç ana modül ile; dikkat, planlama, sınıflama, soyut düşünme, kavramsallaştırma, ayırt etme, sosyal algı, sorun çözme ve bellek gibi bilişsel işlevlerin geliştirilmesi ve/veya onarılmasını amaçlayan programdır.

1 modül: sözel kavramlar egzersizleri (ort.8-10 oturum)

2.modül: Sosyal algı (ort.2-3 oturum)

3. modül: İletişim ve problem çözme (ort.4-5 oturum)

BTY grup ya da bireysel şekilde uygulanabilir. Gruplar ort.6-8 kişiden oluşur. Oturumlar haftada 2 kez, 30 dk ile başlar, süre arttırılarak ort. 60 dk sürer, grubun gereksinimine göre ara verilir. Hastaların motivasyonu, devamlılığı ve aktif katılımı, geri bildirimleri önemsenir. Kağıt-kalem, tahta, masa veya bilgisayar, yansıtıcı vb. kullanılan malzemelerdendir. Programda nötr materyaller ile başlanır, daha sonra emosyonel materyallere geçilir. Program öncesi ve sonrası nöropsikolojik testler ve işlevselliği değerlendiren ölçüm araçları ile hastaların değerlendirilmesi önerilir.

KURS 10. PSİKİYATRİ PRATİĞİNDE ASKERLERİN RUHSAL BOZUKLUKLARINA YAKLAŞIM: ASKERİ HASTANELERDEN SONRAKİ GELİŞMELER

Kurs Eğitici: Uzm. Dr. Özgür MADEN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Kurs Tarihi: 22 Kasım 2019 (16.30-18.00)

Ülkemizde askeri hastanelerin kapatılmasından sonra ordunun ihtiyacını karşılayacak personel alımı ve gerekse de halen orduda görev yapan askerlerin ruhsal sorunlarına yaklaşım konusunda uygulamalar sırasında çeşitli görüş ayrılıkları ortaya çıkmaktadır.

Teknolojik gelişmeler nedeni ile ordumuz son zamanlarda küçülmeye gitmiş ve profesyonel askerlik görüşü benimsenerek yeni bir konsept oluşturulmuştur. Bu konseptin bir kolu sağlık koludur. Askerlerin sağlık sorunları arasındaki ruhsal sorunlar oldukça sık görülmektedir. Ruhsal sorunlara yaklaşım klinisyenler açısından da önemli karar vermelere neden olmaktadır.

Özellikle sağlık kurul muayenelerinde ve asker alımları sırasında karşılaşılan olgulara yönelik yaklaşım konusunda fikir ayrılıkları yaşanmaktadır. Planladığımız bu kursun amacı bu fikir ayrılıklarını gidermek, yenilenen TSK Sağlık Yeteneği Yönetmeliğini nasıl okumalıyız? Sorusuna cevap aramak ve klinisyenler arasında olguları tartışarak sağlıklı çözümler üretmek kararlarımızı vermeye yardımcı olmaktır. Planladığımız kursun ana başlıkları aşağıda sunulmuştur:

KURS KONULARI:

1. Askerlikle ilgili genel bilgilerin verilmesi ve askere alınma sürecinde sağlık muayeneleri

- Askerlikle ilgili tanımlar
- Askere alınma sürecindeki sağlık muayene işlemleri
- Sık görülen olgular ve yaklaşım prensipleri
- Askeri (öğrenci, sözleşmeli vb.) personel alımında sağlık muayene işlemleri

2. Türk Silahlı Kuvvetleri, Jandarma Genel Komutanlığı, Sahil Güvenlik Komutanlığı Personelinin Sağlık Muayene Yönergesi

- Yönergenin tanıtımı
- Psikiyatri ile ilgili maddeler, tanı ve kodlama sistemi, karar verme
- Askerlerin sağlık durumlarına göre silah taşıma/kullanmalarına yönelik yapılacak işlemler
- Tanı ve karar ile ilgili yönergedeki çizelgelerin yorumlanması

3. Askeri personelin ruhsal sağlık sorunlarına olgular ile yaklaşım

- Rutin muayeneler ve muayene sırasında istenen belgeler ile ilgili bilgiler (Sevk belgesi, kıta anket formu, askeri işlevselliği değerlendirme ve kıta anket formu)
- Özel muayeneler (periyodik muayeneler, yurt dışı geçici görev muayeneleri vb.)
- İhtisas muayeneleri (komando, dalgaç, paraşütle atlama, SAT, SAS, Özel Kuvvetler sağlık raporları vb.)
- Atamaya esas rapor için muayene
- Uzun süre takibi gereken ve/veya kronik hastalığı olan olgulara yaklaşım
(1) Uyum Bozukluğu

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

(2) Nevrotik Bozukluklar (Anksiyete ve Depresif Bozukluklar)

(3) Psikotik Bozukluklar (Bipolar ve Psikotik Bozukluk)

f. Durum Bildirir Raporları

4. Erbaş ve erlerin sağlık sorunlarına yaklaşım

a. Birliklerde psikiyatrik sorunu olan personele yaklaşım: Rehberlik ve Danışma Merkezlerinin Tanıtımı,

b. Muayene sırasında istenen belgeler (Sevk belgesi, kıta anket formu, askeri işlevselliği değerlendirme ve kıta anket formu)

c. Erbaş ve erlerde sık görülen psikiyatrik sorunlar

(1) Askerliğe uyum sorunları

(2) Antisosyal Kişilik Örüntüsü, Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Kriminal

Antisosyaller

(3) Madde Kötüye Kullanımı

(4) Nevrotik Bozukluklar (Anksiyete, Depresyon, Konversiyon Bozukluğu, Simulasyon)

(5) Psikotik Bozukluklar (Psikotik Bozukluklar, Bipolar Bozukluk)

5. Askeri personelin adli sorunları

a. Askeri personelin sık işlediği suçlar

b. Adli dosya incelenmesi: Olguların değerlendirilmesi

c. Adli Rapor İşlemleri

6. Tartışma ve Sonuç: Akılda kalan sorular

KURS 11. SANATIN RUHSAL AYGITTA İYİLEŞTİRİCİ ROLÜ

Yürütücüler: Prof. Dr. Aytül Gürsu Hariri

Psikiyatrist, Maltepe Ü Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

Doç. Dr. Devran Tan

Psikiyatrist, Serbest Hekim

Kursun içeriği: Sanat, duyguların ifade edilmesi yoluyla sözel ve sözel olmayan bileşenleri yapısal olarak bütünleştirebilir.

Başka türlü psikoterapötik müdahalelerde fayda sağlanamayacak bireylerde sanatın kullanılması ilişkisel kapasiteyi ve ifadeyi artırır ve destekler.

Kursta, isteklerini ve duygularını tanımakta zorlanan danışanların sanatı kullanarak sembolleştirme ve diğer düzenekler yoluyla nasıl ifadelerinin arttığını ve iyileşme sürecinde sanatın nasıl yardımcı olduğunu göreceğiz.

Sanatın terapötik kullanımının her bir sanat dalıyla örneklendirilmesi, literatüre dayalı bilgi paylaşımı ve atölye uygulaması yapılacaktır.

Kurs Tarihi: 22 Kasım 2019 (16.30-18.00)

Hedef kitle: Psikiyatri hekimi, psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı

Süre: 2-2.30 saat

Katılımcı sayısı: 5-20

SÖZEL BİLDİRİ ÖZETLERİ

SB1. (Birincilik Ödülü)

ŞİZOFRENİDE BÜTÜNCÜL TEDAVİ YAKLAŞIMI: RUHSAL İYİLEŞTİRİM DEĞERLENDİRME VE İZLEM ÇİZELGESİ UYGULAMASI

Aysel İncedere¹, Mustafa Yıldız²

¹*Kocaeli Üniversitesi SBE Ruhsal Rehabilitasyon AD*

²*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD*

Giriş: Ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan ayaktan psikiyatrik tedavi hizmetlerinin sunumu yetiyitimi ve üretkenlik kaybı ile giden şizofreni tanılı bireyler için oldukça önemlidir. Günümüzde şizofreni hastalarına sağlanan ayaktan tedavi hizmetlerinde genellikle ilaç uygulamaları ön planda olmaktadır (Gustavsson ve ark. 2011). Bu hastaların tek başına antipsikotik ilaçla tedavisinin toplumsal, ekonomik ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için yetersiz olduğu görülmüştür. Yalnızca ilaç tedavisi ile yürütülen tedavi hizmetleri sonucunda, hastalarda tedaviye uyumsuzluk, kontrol randevularını aksatma, olumsuz ruhsal toplumsal koşullar gibi çeşitli nedenlerle belirtilerde alevlenme olmakta ve yeniden hastaneye yatışlar görülmektedir. Bu nedenle şizofreni tanılı bireylerin ilaç tedavisinin yanında, hastanın ailesini de içeren hasta merkezli müdahalelere ve ayaktan tedavi ortamlarında toplumsal ve psikoterapotik destekle birleştirilmesinin gerekli olduğu görülmüştür (Asher ve ark. 2017, Kerkemeyer ve ark. 2013). Hastaların işlevsel iyileşmelerinin sağlanması için hastaneye yattığı ilk andan başlayarak çok disiplinli planlamalara ihtiyaç vardır (Lieberman 2008). İyileştirim planlama süreci, kişiye özel, iyilik hallerini etkileyebilecek konulara değinmeli ve bakımı ile ilgilenen kişi ve ilgili diğer kişilerle birlikte planlanmalıdır (Lieberman 2008). İyileştirim planı “doğru insanlara, doğru hedeflere, doğru sırada, doğru zamanda, doğru yerde, doğru sonuçta” sahip olmayı hedeflemektedir (Allen ve ark. 2009). Yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesi kullanan ruhsal iyileştirim programı ile hastaların hedeflerine ulaşması sağlanabilir. İyileştirim programı çerçevesinde, toplumsal işlevsellik, öz bakım, etkinliklere katılım, bağımsız yaşam becerileri, iş yaşamı, özel ilişki durumu, damgalama deneyimleri, klinik durumları, hedef ve donanımları ele alındı. Klinik durum incelemesinde hastalık, hastalığın şiddeti, tedaviye uyum, alkol madde kullanımı, diğer ruhsal sorunlar, ek tıbbi hastalıklar ve ilaç yan etkileri değerlendirildi. Hastanın hedefleri ve donanımları değerlendirilirken kısa ve uzun erimli hedefleri, becerileri, kaynakları, tedavi ve iyileştirim olanakları dikkate alındı. Tüm bu değerlendirmeler sonucunda hasta ile kısa ve uzun erimli hedefleri çerçevesinde iyileştirim planı oluşturuldu. Bu planlama ile hastalarda klinik iyileşme ve toplumsal-mesleki işlevselliği artırmaya yönelik kapsamlı ve sürekli hizmet sunulması hedeflendi.

Bu çalışmada, ayaktan tedavisi sürdürülen bir grup şizofreni hastasına olgu yöneticisi tarafından Ruhsal İyileştirim Değerlendirme ve İzlem Çizelgesi (RİDİÇ) kullanılarak yapılan iyileştirim çalışmasının sonuçları değerlendirildi.

Yöntem: Çalışma evrenini, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Bölümünde takip edilen, DSM-5 (APA 2013) tanı ölçütlerine göre şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı alan, servis ya da poliklinikten izlenen ve çalışmaya alınma koşullarını karşılayan 19 hasta Kocaeli Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ruhsal

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

İyileştirim Birimi tarafından oluşturulan Ruhsal İyileştirim Değerlendirme ve İzlem Çizelgesi (RİDİÇ) iyileştirim planı hizmeti teklif edildi ve ilgili çalışma protokolü anlatıldı. Çalışmaya alınan hasta ve yakınları çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında aydınlatıldı ve imzalı onayları alındı. Hastalar araştırmacılar tarafından hazırlanan nüfus ve klinik özellikler veri formu (hastanın yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, işi, hastalığın başlangıç yaşı, süresi, son hastane yatış sayısı ve kalış gününü içermektedir), İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD), Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGI-Ş), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) ve Tedaviye Uyum Değerlendirme (TUD) formu (1-kendiliğinden düzenli, 2-yardımla düzenli, 3-düzensiz iknayla, 4-zorla ya da kas içi uygulama, 5-asla almıyor) ile değerlendirildi. Hastanın bakımından sorumlu olan aile üyeleri ise Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ) ile değerlendirildi. Çalışmaya alınan hastalar 12 ay ile 24 ay arasında takip edildi. Hasta ve yakınlarına ilk görüşmede uygulanan ölçekler 12 ay ve 24 ayın sonunda tekrarlandı. İGD ve KGD-Ş ölçekleri hastaları izleyen psikiyatri uzmanı, TİDÖ hastalar, ZBYÖ aileler, TUD olgu yöneticisi tarafından dolduruldu. Ruhsal İyileştirim Değerlendirme ve İzlem Çizelgesi (RİDİÇ) ile hastalar aileleriyle birlikte değerlendirildi. Yapılan görüşmelerde hastaların toplumsal işlevsellik, öz bakım, etkinliklere katılım, bağımsız yaşam becerileri, iş yaşamı, özel ilişki durumu, damgalama deneyimleri, klinik durumları, hedef ve donanımları ele alındı. Klinik durum incelemesinde hastalık, hastalığın şiddeti, tedaviye uyum, alkol madde kullanımı, diğer ruhsal sorunlar, ek tıbbi hastalıklar ve ilaç yan etkileri değerlendirildi. Hastanın hedefleri ve donanımları değerlendirilirken kısa ve uzun erimli hedefleri, becerileri, kaynakları, tedavi ve iyileştirim olanakları dikkate alındı. Tüm bu değerlendirmeler sonucunda hasta ile kısa ve uzun erimli hedefleri çerçevesinde iyileştirim planı oluşturuldu. Hastalarla ilk bir aylık süreçte haftalık düzenli bireysel görüşmeler yapıldı. Bu görüşmeler hastanede, evde, toplumsal ortamlarda (kafe, çay bahçesi gibi) ya da dernekte yapıldı. RİDİÇ ile hasta her ay değerlendirildi. Hedefler doğrultusunda hasta ve aileler ile Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE), destekli işe yerleştirim ve destekli eğitim çalışmaları yapıldı. Veriler Statistical Packages for the Social Science (SPSS) 21 kullanılarak analiz edildi. Hastaların nüfus bilgileri ve klinik durumlarının ortalama ve standart sapmaları hesaplandı. Tekrarlı yapılan ölçümler arasındaki ilişki parametrik olmayan testlerden Friedman testi ve Wilcoxon Signed Ranks Testi ile incelendi. Bağıntı analizi için Spearman testi kullanıldı. İstatistiksel açıdan p değerinin 0.05'ten küçük olması anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 19 hasta katıldı. 16'sı şizofreni, 3'ü şizoafektif bozukluk (ŞAB) tanısı olan hastalardan 11 hasta 12 ay boyunca, 8 hasta 24 ay boyunca aynı olgu yöneticisi tarafından takip edildi. Yaş ortalaması 31, başarı ile tamamladığı eğitim ortalaması 12 yıl olan hastaların %53'ü erkek, %90'u bekâr ve hiçbiri çalışmıyordu. Hastalık süresi ortalama 8 yıl olan hastaların toplam hastane yatış ortalaması 1,8, uygulamaya başlamadan önceki son iki yıl içindeki hastaneye yatış ortalaması 0,6 idi.

Takip süresince her bir hasta ile ortalama 38 kez bireysel görüşme yapıldı. Yalnızca 1 hastaya 6 kez ev ziyareti gerçekleştirildi. Tüm hastaların poliklinik kontrollerine düzenli olarak gelmesi sağlandı. 7 hasta ile RUTBE grup eğitimi haftada bir kez olmak üzere 50 dakikalık 2 oturum halinde 5 aylık sürede gerçekleştirildi. 4 hasta destekli işe yerleştirim çalışmasına katıldı. 4 hastadan 1'i özel sektörde işe girdi ve 1 yıldır işini sürdürmekte. Bu süreçte işe yerleşen hasta ile iş yerine 4 kez iş yeri ziyareti yapıldı. İş amirlerine iletişim numarası verildi. 10 hasta ile destekli eğitim çalışması yapıldı. Destekli eğitim ile üniversite sınavına hazırlanan hastalara

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

ders çalışma planları oluşturuldu ve kurslara gitmesi sağlandı. Üniversiteye devam eden hastaların isteği ile okul hocaları ile görüşmeler sağlandı. 3 hasta üniversiteyi bitirdi. 2 hasta üniversite sınavını kazandı. 5 hasta okuluna devam etmektedir. 19 hasta yakını ile bireysel görüşme yapılarak hastalık hakkında bilgi verildi. RUTBE eğitimine katılan 7 hastanın yakınları ile 2 hafta bir 50 dakikalık tek oturum şeklinde grup eğitimi yapıldı. Tüm ailelere olgu yöneticisinin iletişim numarası verilerek ihtiyaç duyulduğunda ulaşımları sağlandı. Çalışmaya alınan hastalar, ilk değerlendirmede klinik ölçek puanlarına göre (ortalama KGI=5, ortalama İGD=50) orta-ciddi düzeyde olan hastalardı. Hastaların ölçek puan ortalamalarında süreç içerisinde anlamlı değişiklik saptandı. Hastane yatış oranlarında belirgin bir düşme gözlemlendi.

Tablo 3. Uygulanan Ölçeklerin İlk, 12. Ay ve 18. Aydaki Takip Puanları

	Başlangıç N=19	12. ay N=19	24. ay N=8	İstatistik
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	p
Hastaneye yatış	0,6±1,2	0,2±0,5	0,1±0,3	0,037*
KGI-Ş	5,0±0,5	3,7±0,4	3,6±0,5	0,001**
İGD	50,0±0,0	58,7±2,3	61,8±4,5	0,000**
ÖzİDO	56,0±12,2	60,1±12,7	64,1±14,2	0,004**
TİDO	33,1±4,4	39,5±4,1	43,8±4,0	0,0031**
ZBYÖ	51,2±16,2	48,0±15,7	46,6±15,8	0,003**

* Wilcoxon Signed Ranks Test, **Friedman testi

KGI-Ş: Klinik Genel İzlenim-Şiddet Ölçeği; İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi; TİDO: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği; ZBYÖ: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği; ÖzİDO: Özel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği

Tedaviye uyum incelendiğinde tedaviyi yardımcıyla düzenli kullanma oranı ilk değerlendirmede %26,3 iken 12 ayın sonunda bu oranın %78,9'a çıktığı görüldü.

Sonuç: Bu çalışma klinik, olgu yöneticisi tarafından iyileştirim planı çerçevesinde kapsamlı ve sürekli hizmet sunulması ile şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan hastaların 24 aylık izlem sonucunda klinik iyileşme ve toplumsal işlevselliklerinde önemli oranda artış sağladığını göstermiştir. İyileştirim hizmetlerinin planlaması aşamasında hastaların yeteneklerine göre ve hastayla birlikte karar vererek hedef belirlenmelidir. Bu konuda yapılan çalışmalar hastalarla hedef belirleme, yapabileceklerine odaklanma ve başarabildiklerinde ya da başaramadıklarında olumlu geri bildirimle desteklemenin hastaların iyileşme sürecine katkı sağladığını göstermiştir (Weingarten 2005, Slade 2009, Corrigan 2011). Çalışmada iyileştirim planı hizmeti hasta, aile, tedavi eden doktor, iş olanakları ve toplumsal kuruluşlarla iş birliği ve eşgüdüm sağlanarak gerçekleştirildi. Süreğen ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisinde aynı olgu yöneticisi tarafından yapılandırılmış iyileştirim planı çerçevesinde hastanın hedef ve donanımlarını gözeterek yürüttüğü uzun süreli iyileştirim çalışmalarının çok önemli katkısı olduğu anlaşılmaktadır.

Anahtar sözcükler: iyileştirim planı, bütüncül tedavi yaklaşımı, izlem, şizofreni

Kaynaklar

1. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J ve ark. On behalf of the CDBE2010 study group. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol, 2011; 21:718-779
2. Asher L, Patel V, De Silva MJ. Community-based psychosocial interventions for people with Schizophrenia in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry, 2017; 17:355

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

3. Kerkemeyer L., Mostardt S., Biermann J., Wasem J., Neumann A. ve ark. Evaluation of an integrated care program for schizophrenia: concept and study design. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2013. DOI 10.1007/s00406-014-0508-6
4. Allen D, Gillen E, Rixson L. Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances?. *Int J Evid Based Healthc,* 2009; 7: 61–74
5. Liberman RP. Yetiyetiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC. 2008. Çev. Mustafa Yıldız, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011.
6. Weingarten R. Calculated risk-taking and other recovery processes for my psychiatric disability. *Psychiatr Rehabil J.* 2005; 29: 77-80.
7. Slade M The contribution of risk-taking to recovery. *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide to Mental Health Professionals,* Slade M (Ed), Cambridge University Press, New York, s. 176-81. 2009.
8. Corrigan PW. The dignity to fail. *Psychiatr Serv,*2011; 62(3):241.

SB2. (İkincilik Ödülü)

RUH SAĞLIĞI İYİLEŞME ÖLÇEĞİ’NİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

**Rüveyda Yüksel¹, Hülya Arslantaş², Mehtap Kızılkaya³, Seher İnalkaç⁴,
İ.Ferhan Dereboy⁵**

¹*Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Aydın*

²*Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Aydın*

³*Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Aydın*

⁴*Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi, Aydın*

⁵*Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın*

Giriş: Ruh sağlığı; her bireyin kendi potansiyelinin farkında olduğu, yaşamın olağan zorluklarıyla baş edebildiği, üretken ve verimli olarak çalışabildiği ve yaşadığı çevreye katkıda bulunabildiği iyilik hali olarak tanımlanmaktadır¹. İyileşme ise bilinen en genel tanımıyla kişinin tutumları, değerleri, duyguları, hedefleri, becerileri ve/veya rollerindeki son derece kişisel, eşsiz bir değişim süreci olarak tanımlanmakta ve ruhsal hastalığın yıkıcı etkilerinin ötesinde büyüyen yeni anlam ve amaç geliştirmeyi içermektedir². Ruh sağlığı kavramının doğası itibarıyla klinik iyileşme ve kişisel iyileşme ayırımını beraberinde getirdiği görülmektedir. Klinik iyileşme; ruh sağlığı uzmanları tarafından semptomların azalması veya kesilmesi ve “Sosyal işleyişin geri kazanılması” şeklinde tanımlanırken, kişisel iyileşme ise; tedavi görmekte olan birey tarafından tanımlanan ve kişisel gelişim, iyileşme ve kendini belirlemeyi kapsayan devam etmekte olan holistik bir süreci ifade etmektedir³. Ruh sağlığında iyileşmeyi ölçmek ve iyileşme odaklı hizmetleri ve profesyonelleri değerlendirmek için çok fazla sayıda araç geliştirilmiş olmasına rağmen konuya ilişkin sınırlı sayıda Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ölçeğe rastlanmaktadır^{4,5}. Oysa etkin bir sağlık hizmetinin sunulabilmesi için pratik, güvenilir, kullanışlı ve çok fonksiyonlu tarama araçlarının geliştirilmesi ve kullanılması son derece önemlidir. Klinik uygulamalarda psikiyatrik tanı almış olan hastalarda iyileşmeyi sorgulayan, pratik, kolay uygulanabilir ve güvenli tarama araçlarına gereksinim vardır. Ruhsal hastalık tanısıyla izlenen bireylerde iyileşmeyi değerlendirmede kullanılacak ölçeklerin dilimizde sınırlı sayıda bulunması bir eksiklik olarak dikkati çekmektedir. Bu araştırmada, böylesi bir değerlendirme sağlayan Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeğinin (RSİÖ) Türkçeye çevrilerek geçerlik ve güvenirliliğinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:

Örneklem

Araştırma bir üniversite ve bir devlet hastanesinin psikiyatri klinik ve polikliniğinde tedavi görmekte olan DSM V’e göre psikiyatrik tanı almış olan hastalarda 01.01.2019-01.07.2019 tarihleri arasında 343 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, ölçekte yer alan soru sayısının 30 olması ve ölçeğin geçerlik ve güvenirlilik çalışmasını yapmak için soru sayısının en az 10 katı katılımcıyla çalışılacak olması belirlemiştir⁶. Araştırmanın etik kurul onayı alınmıştır (No:25/02/2019-E.12381). Hastaları araştırmaya alma ölçütü olarak; DSM V’e göre psikiyatrik bir tanı almış olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir.

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

Değerlendirme Araçları

Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği (RSİÖ): Ruhsal hastalıklarda iyileşmeyi değerlendirmek amacıyla Young ve diğ. tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olan ölçek Young ve Bullock (2003) tarafından revize edilmiştir⁷. Abraham ve diğ. (2016) tarafından ölçeğin depresyon hastalarında geçerlik güvenirliği 10 madde üzerinden yapılmıştır. Sorular 5 seçenekli Likert tipi skala üzerinde yanıtlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, ruhsal hastalıklarda iyileşmenin arttığını göstermektedir. Yazarlar Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0.91 olarak bildirmişlerdir⁸.

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ):Diener ve diğ. (2010) tarafından mevcut iyi oluş ölçümlerini tamamlayıcı, sosyo-psikolojik iyi oluşu ölçmek üzere geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Telef (2013) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bildirilmiştir. PİOÖ, 8 maddelik ve 7'li Likert tipi bir ölçme aracıdır. Puan artışı kişinin birçok psikolojik kaynak ve güce sahip olduğunu göstermektedir⁹. Bu çalışmanın örnekleminde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93 olarak hesaplanmıştır. Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖZİDÖ):Yıldız ve diğ. (2017) tarafından şizofreni hastalarında öznel iyileşmeyi değerlendirmek amacıyla geliştirilen 17 maddelik, 5'li Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısını 0.98 olarak bildirilmiştir. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin kendisini daha iyileşmiş olarak algıladığını göstermektedir¹⁰. Bu çalışmanın örnekleminde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.95 olarak hesaplanmıştır.

Duygusal Yeme Ölçeği (DYÖ):Garautet ve diğ. (2012) tarafından obez ve kilolu kişilerin duygusal yeme davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Arslantaş ve diğ. (2019) tarafından yapılmıştır. DYÖ, 10 maddelik ve 4'lü Likert tipi bir ölçme aracıdır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur¹¹. Bu çalışmanın örnekleminde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.85 olarak hesaplanmıştır.

Ruhsal Hastalıkların İçselleştirilmiş Damgalanması Ölçeği (RHİDÖ):Ritsher ve diğ. (2003) tarafından içsel damgalanmayı değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Ersoy ve Varan (2007) tarafından yapılmıştır. RHİDÖ 29 maddelik ve 4'lü Likert tipi bir ölçme aracıdır. Ölçeğin beş alt ölçeği bulunmaktadır. Beş alt ölçeğe ait puanların toplanmasıyla toplam RHİDÖ puanı elde edilmektedir. Yüksek puanlar, kişinin içselleştirilmiş damgalanmasının olumsuz yönde daha şiddetli olduğu anlamına gelmektedir¹². Bu çalışmanın örnekleminde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.91 olarak hesaplanmıştır.

İşlem Yolu

Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeğinin orijinal geliştirme çalışmasının (Young ve Bullock 2003) birinci yazarından gerekli izinler alınmıştır. Ardından ölçeğin dil uyarlamasındaki kavramsallaştırma ve anlatım farkını en aza indirebilmek için geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Ölçek üç psikiyatri hemşiresi ve bir psikiyatri hekimi tarafından birbirlerinin çevirilerine kör kalarak Türkçeye çevrilmiştir. Bu çeviriler araştırma ekibi tarafından kontrol edilerek bir çeviri metni haline getirilip, ilk çeviri sürecine katılmayan bir klinik psikolog ve bir psikiyatri uzmanı tarafından yeniden İngilizceye çevrilmiştir. Yeniden İngilizceye çevrilen bu metin orijinal Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği ile karşılaştırılmış ve ölçeği geliştiren birinci isim yazara gönderilerek yazardan onay alınmıştır. Bunun üzerine yapılan Türkçe çevirinin uygun olduğuna karar verilmiştir.

İstatistiksel Analiz

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

Yapılan ön analizler sonucunda bütün ölçek puanlarının normal dağılıma uyduğu anlaşılmıştır. RSİÖ'nün güvenilirliğinin incelenmesi amacı ile ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ve madde-toplam puan korelasyonları hesaplanmıştır. Geçerlik incelemesinde RSİÖ toplam puanının araştırmada kullanılan diğer ölçeklerin puanıyla uyuma düzeyi incelenmiştir. Korelasyon katsayılarının değerlendirilmesinde 0.10-0.29 arası katsayısı düşük derecede, 0.30–0.49 arası katsayısı orta derecede ve 0.50'nin üzeri yüksek derecede ilişki olarak kabul edilmiştir¹³. Tüm istatistiksel analizler SPSS paket programı sürüm 22.0 ile yapılmıştır.

Bulgular: Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.94 (%92.8 GA:93.2-94.7) olarak hesaplanmıştır. Tek tek ölçek maddelerinin psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi için maddelerin hesaplanan madde toplam korelasyonları Tablo 1'de özetlenmiştir. Tablo 1 incelendiğinde tüm maddeler toplam skorla 0.59'un üzerine çıkan korelasyonlar göstermektedir. Tablo 1 Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği maddelerinin sokulduğu Faktör Analizi sonucunda belirlenen bir faktörün madde içeriklerini göstermektedir. Ölçek total varyansın %64.35'ini açıklamaktadır. Ölçeğin faktörlere göre oluşan boyutunun iç tutarlılık katsayısı ölçeğin tümü için 0.94 olarak bulunmuştur. Ruh Sağlığı iyileşme Ölçeği toplam puanı ile diğer ölçek puanları arasındaki uyuma düzeyini incelemek amacı ile RSİÖ ile diğer ölçek puanları arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. Buna göre RSİÖ; PİOÖ ile yüksek düzeyde pozitif yönde ($r=0.695$; $p<0.05$), ÖZİDÖ ile yüksek düzeyde pozitif yönde ($r= 0.732$; $p<0.05$), RHİDÖ ile yüksek düzeyde negatif yönde ($r= -0.696$; $p<0.05$) korelasyon göstermiş olup; DYÖ ile herhangi bir korelasyon göstermemiştir ($r=-0.021$; $p=0.703$).

Sonuç: Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği Türkçe formunun iç tutarlılığının yüksek bulunması hem güvenilirliğini hem de kurultu geçerliliğini destekleyen bir bulgu olarak yorumlanmıştır. Verilerimiz, RSİÖ'nün Türkçe formunun hastaların Ruh Sağlığı İyileşme eğilimlerini değerlendirmek konusundaki geçerliliğini destekleyen kanıtlar sağlamıştır.

Anahtar Sözcükler: Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği, Geçerlik, Güvenirlik.

Çizelge 1. Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeğinin Güvenirlik Verileri, Faktör Yapısı ve Maddelerin Faktör Yükleri

	Ruh Sağlığı İyileşme Ölçeği Maddeleri	Madde toplam korelasyon katsayıları	Faktörün açıkladığı varyans oranı ve madde içerikleri
1	Kendime inanırım.	0.714	0.772
2	Ruh sağlığı sorunlarıma rağmen hala olumlu yönde değişiyor ve geliyorum.	0.668	0.729
3	Hala sorunlarım olsa bile, hakettiğim için kendime değer veriyorum.	0.812	0.854
4	Kendim hakkında iyi hissediyorum.	0.786	0.833
5	Olaylar hakkında düşünce şeklim hedeflerime ulaşmamda bana yardım eder.	0.809	0.853
6	Kendimle barışık hissediyorum.	0.826	0.867
7	Haftalardır olumlu tutum içindeyim.	0.768	0.819
8	Her güne başladığımda üretken bir şey yaparım.	0.689	0.748
9	Hedeflerime yönelik gelişme gösteriyorum.	0.817	0.860
10	Kendimi ve dünyamı zenginleştiren iş veya diğer aktivitelerle uğraşırım.	0.596	0.661
	Açıklanan Varyans Oranı		%64.35

Kaynaklar

1. Ruh Sağlığı Kanun Teklifi, 2017, Erişim Tarihi: 01.08.2019 Erişim: <https://www2.tbmm.gov.tr/d27/2/2-0858.pdf>
2. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993; 16(4), 11-23.doi: 10.1037/h0095655.
3. Slade M. *100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals*. London: Rethink. 2009.
4. Güler C. İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). 2017. Ege Üniversitesi, İzmir.
5. Yalçın N., Türkmen S.N., Irmak H. ve diğ. İyileşme Süreci Envanteri Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2019; 20(Suppl.1), 32-40.doi: 10.5455/apd.19601.
6. DeVellis R.F. *Scale Development: Theory and Applications*, Applied Social Research Methods Series. Sage Publications, 2003; 26, 137.
7. Young S.L., Bullock W.A. *The Mental Health Recovery Measure*. University of Toledo, Department of Psychology. 2003.
8. Abraham KM., Nelson C.B., Ganoczy D. ve diğ. Psychometric Analysis of the Mental Health Recovery Measure in a Sample of Veterans with Depression. *Psychological Services*, 2016; 13(2), 193-201.doi: 10.1037/ser0000067.
9. Telef BB. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2013; 28(3), 374-384.
10. Yıldız M., Erim R., Soygur H., ve diğ. Development and validation of the Subjective Recovery Assessment Scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 2017; 28(2), 163-169. doi: 10.1080/24750573.2017.1405579.
11. Arslantaş H., Dereboy F., Yüksel R., ve diğ. Duygusal Yeme Ölçeği'nin Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2019; 30 (X), 1-10.doi: 10.5080/u23520.
12. Ersoy M.A., Varan A. Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007; 18(2), 163-171.doi:
13. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed., Hillsdale, Nj: Erlbaum, 1988.

SB3. (Üçüncülük Ödülü)

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA SANAT TERAPİ UYGULAMASININ POZİTİF VE NEGATİF BELİRTİLER İLE ALEKSİTİMİ DÜZEYİNE ETKİSİ

Cemre Günay¹ Selma Doğan²

¹İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

Giriş: Şizofreni; benlik sınırlarının silikleştiği, içsel ve dışsal gerçekliğin birbirine karıştığı, duygulanım, davranış, biliş, algılama, kişilerarası ilişkiler, iş yaşamı ve sosyal işlevsellik gibi alanlarda bozulma ile karakterize yineleyici relapslarla sürediden kronik klinik bir sendromdur (Bellack ve Mueser 1993, Özütek 2005). Belirtiler arasında özellikle pozitif ve negatif belirtiler ile aleksitimi hastalığın doğasını oluşturmaktadır. Şizofrenide sağaltımın niteliğinin ve yaşam kalitesinin artırılması, hastalık ile başedebilme yöntemlerinin öğrenmek ile yakından ilişkilidir ve sanat terapisi bu yöntemler arasında yer almaktadır. Amerikan Sanat Terapi Topluluğu sanat terapisini; 'Kişinin duygularını dışa vurması, duygusal çatışmalarını çözümlenmesi farkındalığını güçlendirmesi, davranışlarını ve bağımlılıklarını yönetmesi ve sosyal becerilerini geliştirmesi için sanat terapistinin sanatı, yaratıcı süreçleri ve ortaya çıkan sanat çalışmasını kullanarak düzenlenen ruh sağlığı uzmanlık alanıdır vesanat terapi, duygu ve düşüncelerin sözsüz iletişim kurma formu olan sanatı, yaratma süreci içinde kullanarak hayatı zenginleştirmeyi amaçlayan tedavi sürecidir' şeklinde tanımlamaktadır (AATA 1964). Sanat terapistleri; sanat terapisinin, ego bütünlüğü bozulan hasta grubunda; egonun sınırlarını çizme ve egoyu güçlendirme, iç ve dış gerçeklik arasındaki bağlantıları oluşturma, geçiş nesnesinin yerini alma, benliğin psikotik uzantısını dışlaştırarak, daha sonra onlara bakabilme, görebilme ve başedilme yetisini güçlendirme, kendi sanat ürününe narsisistik yatırımı ile benliğin tamir edilmesi gibi işlevleri bulunduğunu ifade etmektedirler (Kramer 1993, Landgarten 1981). Ülkemizde halen şizofreni hastalarının tedavi gördüğü kliniklerde ağırlıklı psikofarmakolojik uygulamaların kullanıldığı, bununla beraber uygulanan psikosoyal müdahalelerin ve sanat terapi uygulamasının sınırlı olduğu bilinmektedir. Literatürde rastlanan, yurtdışında yapılmış olan sanat terapi çalışmalarının büyük çoğunluğunda ise; metodolojik problemler içermesi, tek sanat unsuru kullanılması (sadece müzik, dans, resim vb. branşların kullanılması), randomize kontrollü olmaması, kontrol grubu olmaması, örneklem boyutunun küçük olması, oturum sayısının az olması gibi eksiklikler dikkat çekmektedir (Reynold et al. 2000, Leedy ve Ormand 2005, Sarandöl ve ark. 2013). Bu çalışma bahsedilen nedenlerden dolayı, hastaların farklı ilgi alanlarına hitap edebilecek karma bir sanat terapi programının uygulanması ve şizofreni hastaların tedavi gördüğü kliniklere entegre edilmesi gerektiği düşüncesinden yola çıkarak yapılmıştır. Bu araştırma, şizofreni hastalarında "Sanat Terapi" uygulamasının hastaların pozitif ve negatif belirtileri ile aleksitimi düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma randomize kontrollü modelde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya Nisan 2017 tarihinde İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kronik hasta kliniklerinde yatarak tedavi gören 51 şizofreni hastası dahil edilmiştir. Katılımcılar randomizasyon yöntemi ile yapılandırılmış sanat terapisini grubu (17), yapılandırılmamış sanat etkinliği grubu (17) ve standart bakım alan gruba (17) atanmıştır.

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

Programdan önce her üç gruptaki katılımcılara “Sosyodemografik Veri Formu”, “Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)”, “Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20)” uygulanmıştır. Yapılandırılmış Sanat Terapisi grubundaki katılımcılar 8 hafta süreyle, haftada iki gün 90 dakika sürecek şekilde ‘Sanat Terapi’ uygulamasına (dans-hareket, müzik-ritim, sinematerapi-şiiir-biblioterapi, drama, resim) alınmıştır. Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği grubundaki katılımcılar 8 hafta süreyle, haftada iki gün 90 dakika sürecek şekilde ‘Yapılandırılmamış Sanat Etkinliği’ çalışmasına alınmıştır. Uygulama süresince yapılandırılmış sanat terapi grubundan dört, yapılandırılmamış sanat etkinliği grubundan dört kişi çalışmadan ayrılmıştır. Çalışmanın örneklemini 43 olarak belirlenmiştir. Program sonrası katılımcılara ön testte uygulanan ölçekler tekrar uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmada yer alan her üç gruptaki katılımcıların sosyodemografik verileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, psikiyatrik hastalık süresi, psikiyatri hastanesinde kalış süresi, sanatsal faaliyetlere ilişkin görüşler) benzer bulunmuştur ($p>0.05$). Uygulamadan önce, PANSS (PANSS genel, PANSS pozitif belirtiler alt grubu, PANSS negatif belirtiler alt grubu, PANSS genel psikopatoloji alt grubu) ve TAÖ (TAÖ genel, TAÖ-A, TAÖ-B, TAÖ-C) puanları benzer bulunmuştur. Uygulamadan sonra yapılan ölçümlerde yapılandırılmış sanat terapisi grubundaki katılımcıların PANSS ve TAÖ genel ve alt grup puan ortalamaları; yapılandırılmamış sanat etkinliği grubuna ve standart bakım alan gruba göre anlamlı ölçüde düşmüştür ($p<0.001$). Ayrıca Yapılandırılmamış sanat etkinliği grubundaki katılımcıların PANSS ve TAÖ genel ve alt grup puan ortalamalarında standart bakım alan gruba göre anlamlı düzeyde gerileme göstermiştir ($p<0.001$). Standart bakım alan gruptaki katılımcıların uygulama öncesi ve uygulama sonunsa PANSS ve TAÖ genel ve alt grup puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Sonuç: Sanat Terapisi uygulamasının şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtileri ile aleksitimi düzeyini azaltıcı bir etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır

Anahtar sözcükler: sanat terapi, şizofreni, pozitif ve negatif belirtiler, aleksitimi, hemşirelik.

Kaynaklar

1. Özütek Z. S. Şizofrenide aile ve hasta arasındaki etkileşimin hastalık belirtileri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2005.
2. Bellack, A.S., and Mueser, K.T. Psychosocial treatment for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1993; 19:317-336.
3. American Art Therapy Association. Art Therapy, 1964.
4. Kramer E, 1971-1993, Art as therapy with children: New York: Shocken Books\ Chicago: Magnolia Street.
5. Landgarten HB. Clinical Art Therapy: A Comprehensive Guide. New York: Brunner/Mazel; 1981.
6. Reynolds, F., Lim, K., & Prior, S. Images of resistance: A qualitative enquiry into the meanings of personal artwork for women living with cancer. Creativity Research Journal, 2008; 20(2), 211-220
7. Leedy, P. D., & Ormond, J. E. Review of the related literature. Practical research: Planning and design, 2005; 64-84.
8. Sarandöl, A., Akkaya, C., Eracar, N., & Kırılı, S. Şizofreni hastaları ve yakınlarıyla yapılan sanatla terapinin hastalık belirtileri, bireysel ve toplumsal beceriler üzerine etkisi. Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2013;14(4).

SB4. (Üçüncülük Ödülü)

ŞİZOFRENİDE PSİKOPATOLOJİ, BİLİŞ VE TOPLUMSAL İŞLEVSELLİK:

1 YILLIK İZLEM ÇALIŞMASI

Fatma Betül Abut¹, Mustafa Yıldız²

¹*Kocaeli Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü*

²*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD*

Giriş: Şizofrenide bilişsel ve toplumsal işlevsellik uzun yıllar araştırılan önemli alanlardır. Hastaların klinik durum, belirti düzeyi, biliş ve işlevsellik düzeylerinin zaman içerisindeki değişiminin belirlenmesi bu doğrultuda uygulanacak tedavilerin etkililiği ve uygun yöntemin seçilmesi açısından önem taşımaktadır. Bilişsel işlevlerin klinik psikopatoloji ve toplumsal işlevsellikle ilişkili olduğu bilinmekte, bilişsel yetiler değerlendirilmeden işlevsellikte ve klinik seyirde gözlenen değişimin yorumlanmasının yanıltıcı olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda şizofrenide klinik belirtiler, bilişsel yetiler veya toplumsal işlevselliği ayrı ayrı değerlendiren kesitsel çalışmalar bulunmakta fakat aralarındaki ilişkiyi daha sağlıklı değerlendirebilmek için uzunlamasına çalışmaların gerekliliği ortaya konmaktadır. İzlem çalışmalarının artması ve tekrarlanması bu değişkenlerin anlaşılması ve süreğenliğinin saptanması açısından önem taşımaktadır. Yurtdışı örnekleri görülen ve üç değişkeni birlikte izleyip değerlendiren bu tür izlem çalışmaları ülkemizde yapılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, şizofreni tanılı bireylerde bir yıllık izlem boyunca klinik belirti düzeyi, bilişsel işlevler ve toplumsal işlevsellik arasındaki ilişkiyi belirlemek ve bu bağıntının zaman içerisindeki değişimini saptamaktır.

Yöntem: Çalışma, Şubat 2018 – Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmaya, bu tarihlerde Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğinde ayaktan tedavi gören, şizofreni veya şizoafektif bozukluk tanılı, en az ilkokul mezunu, Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGİ-Ş) puanı 5 ve altında olan, zekâ geriliği veya nörolojik bir hastalığı olmayan, okuma ve anlamayı etkileyecek düzeyde bir dil sorunu olmayan, alkol ve madde bağımlılığı bulunmayan, son 6 ayda EKT almamış ve çalışmaya katılmaya onay veren 52 hasta seçkisiz olmayan örnekleme biçimlerinden amaçlı örnekleme yöntemiyle dâhil edildi. Hastalara başlangıçta ve bir yıl sonra klinik psikopatoloji için Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (PANSS) ve KGİ-Ş, toplumsal işlevsellik için Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) uygulandı. Bilişsel yetiler beş alanda değerlendirildi: 1. *Dikkat ve Çalışma Belleği* için İleri ve Geri Sayı Menzili Testi, 2. *Sözel Bellek* için Weschler Bellek Ölçeği'nin Mantıksal Bellek alt-testi, 3. *Yürütücü İşlevler* için Stroop ve Wisconsin Kart Eşleme Testi (WKET), 4. *Sözel Akıcılık* için Kontrollü Kelime Çağrışım Testi (K-A-S harfleri), 5. *İşlem Hızı* için İz Sürme Testi – A ve B formları uygulandı. Birden fazla test uygulanan bilişsel alanlar için bileşik puan hesaplandı. İlk testleri yapılan hastalardan 4 tanesi bir yıllık izlem sürecinde atağa girmesi, 1 tanesi poliklinik takibinden düşmesi, 5'i tekrar test için belirlenen tarihlerde poliklinik randevularına ve takibe gelmemesi ve 2'si tekrar test yapmayı reddetmesi nedeniyle son testleri uygulanamadı. Böylece toplam 12 hasta çalışmadan düştü. Araştırma, her iki ölçümü de gerçekleştirilen toplam 40 hastayla tamamlandı. Veriler SPSS 21.0 programıyla analiz edildi. İlişkisel analizler için Pearson, Spearman ve Kısmi bağıntı

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

analizi, grup içi karşılaştırmalarda Paired-sample t-test ve Wilcoxon Sıralı Diziler Testi, ön test-son test karşılaştırmaları için Mann Whitney U testi ve karışık desenli ANOVA uygulandı.

Bulgular: Çalışmayı tamamlayan 40 hastanın ön-testleri temel alınarak elde edilen nüfus ve klinik verilerine göre; %67,5'i erkek, %75'i şizofreni, %72,5'i bekâr, yaş ortalaması 33, eğitimi 12 yıl, hastalığın başlangıç yaşı 23, hastalık süresi 10 yıl, hastane yatış sayısı 2 ve toplam hastanede yatış süresi 62 gün idi. İzlem sonunda klinik psikopatoloji puanlarının hepsinde (PANSS toplam, pozitif, negatif ve genel psikopatoloji alt-ölçekleri; KGI-Ş) anlamlı düzeyde azalma saptandı (Çizelge 1).

Çizelge 1. Klinik psikopatoloji ön ve son test karşılaştırması

	İlk test	Son test	Paired Sample/Wilcoxon		p
	Ort ± SS	Ort ± SS	t/Z	df	
PANSS toplam	76,23 ± 16,10	67,63 ± 12,49	5,339	39	<0,001
PANSS pozitif	17,75 ± 4,60	15,83 ± 3,98	3,981	39	<0,001
PANSS negatif	19,88 ± 4,99	17,40 ± 4,11	4,639	39	<0,001
PANSS gen.psk	38,60 ± 7,86	34,40 ± 5,55	4,651	39	<0,001
KGI-Ş	3,52 ± 0,93	3,12 ± 0,79	-3,398 ^z		<0,001

Toplumsal işlevsellik puanları karşılaştırıldığında bir yılın sonunda TİDÖ-Özbakım alt-ölçeği dışında tüm işlevsellik puanlarında anlamlı artış gözlemlendi (Çizelge 2).

Çizelge 2. Toplumsal işlevsellik puanları ön ve son test karşılaştırması

	İlk test	Son test	Paired Sample/Wilcoxon		p
	Ort ± SS	Ort ± SS	t/Z	df	
TİDÖ toplam	40,10 ± 5,89	43,48 ± 5,86	-8,122	39	<0,001
TİDÖ özbakım	14,70 ± 2,49	15,13 ± 2,85	-1,981	39	0,055
TİDÖ kişilerarası ilişkiler	13,80 ± 2,99	16,03 ± 3,03	-4,928 ^z		<0,001
TİDÖ bağımsız yaşam	9,95 ± 2,05	10,45 ± 1,77	-3,064 ^z		0,002
TİDÖ çalışma yaşamı	1,65 ± 0,83	1,88 ± 0,94	-2,714 ^z		0,007
İGD	59,38 ± 7,69	64,75 ± 7,84	-4,875 ^z		<0,001

Bilişsel işlev puanlarının bir yıllık izlemdeki değişimine bakıldığında yalnızca sözel bellek ve yürütücü işlev puanlarında anlamlı artış saptandı (Çizelge 3).

Çizelge 3. Bilişsel işlevler ön ve son test karşılaştırması

		Ort ± SS	Paired Sample/Wilcoxon		p
			t/Z	df	
Dikkat & Çalışma Belleği	ilk-test	5,06 ± 0,88	-1,883		0,060
	son-test	5,28 ± 0,84			
Sözel Bellek	ilk-test	10,86 ± 4,35	-3,053	39	0,004
	son-test	12,29 ± 4,16			
Yürütücü İşlevler	ilk-test	30,56 ± 12,51	-2,372		0,018
	son-test	33,88 ± 10,24			
Sözel Akıcılık	ilk-test	25,01 ± 7,67	-1,262		0,207
	son-test	26,49 ± 7,55			
İşlem Hızı	ilk-test	93,51 ± 46,63	-0,966		0,334
	son-test	86,42 ± 34,20			

Bununla birlikte, klinik psikopatoloji ve toplumsal işlevsellik ölçek puanları arasında orta ila yüksek düzeyde negatif korelasyon bulundu ($r=-0,40(-)0,78$), en yüksek bağıntıya bakıldığında ise toplumsal işlevsellik ölçekler puanlarının tümüyle (TİDÖ ve İGD) bağıntılı bulunan PANSS negatif ve PANSS toplam puanları öne çıkmaktaydı. Klinik belirtiler ve bilişsel işlevler arasındaki korelasyona bakıldığında, yürütücü işlevler ile dikkat ve çalışma belleği PANSS'ın tüm alanlarıyla düşük ila orta düzeyde negatif bağıntılı bulunurken sözel bellek puanı yalnızca PANSS negatif ve KGI-Ş ile, işlem hızı ise PANSS toplam, pozitif ve genel psikopatoloji puanlarıyla negatif bağıntılı bulundu. Sözel akıcılık ile yalnızca PANSS negatif alt-ölçeğinde negatif bağıntı saptandı fakat anlamlılık oldukça düşüktü. Bununla birlikte, toplumsal işlevsellik ve bilişsel işlevler arasındaki bağıntıya bakıldığında yürütücü işlevlerin toplumsal işlevsellik alanlarıyla orta düzeyde pozitif yönde bağıntılı olduğu saptandı. İşlem hızı ile ise yalnızca TİDÖ-kişiler arası ilişkiler boyutu arasında orta düzey pozitif bağıntı bulundu. Ayrıca, tüm korelasyon değerleri bir yıl sonra yapılan son-testlerde de kararlılığını korumaktaydı.

Sonuç: İzlem sonunda klinik belirtilerde anlamlı azalma, toplumsal işlevsellikte ve bilişsel işlev alanlarından yürütücü işlevler ve sözel bellekte artış gözlemlendi. Klinik belirtilerle tüm bilişsel alanlarda orta düzey negatif bağıntı saptandı ve en yüksek bağıntı negatif belirtilerde görüldü. Toplumsal işlevsellikle klinik belirtiler arasında da orta ila yüksek düzeyde negatif ilişki bulundu ve bu ilişkide negatif belirtiler ön plandaydı. Bilişsel işlevsellik alanlarından yürütücü işlevler ile işlem hızı toplumsal işlevsellikle bağıntılı bulundu. Öne çıkan negatif belirtiler, biliş ve toplumsal işlevsellik açısından klinik belirtilerin ve özellikle de negatif belirtilerin önemini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte hastaların ölçek puanlarının bir yılın sonunda gerilememiş olması artık eskimiş olan 'şizofreninin kronik olarak kötüye gittiği' düşüncesini çürütür niteliktedir. Bilişsel işlevler, psikopatoloji ve toplumsal işlevsellik arasında bulunan ilişkiler bu değişkenlerin birbirinden bağımsız değerlendirilmemesi gerektiğini göstermektedir. Değişkenler arasında bulunan ilişkilerin bir yıl boyunca kararlı seyretmesi ise hastalığın stabilitesi açısından önemli bir veri oluşturmaktadır. Bu araştırma, hastaların üç değişken açısından birlikte bir yıl boyunca takip edildiği ilk çalışma olması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca hastaların düzenli poliklinik hastaları olduğu göz önünde

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

bulundurulduğunda, bu çalışma düzenli takip ve tedavinin doğal izlemde iyileştirici etkisini ortaya koymaktadır.

Anahtar sözcükler: şizofreni, izlem, biliş, psikopatoloji, toplumsal işlevsellik

Kaynaklar

1. Addington J, Addington D, Maticka-Tyndale E. Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res.* 1991; 5(2): 123-34.
2. Addington J, Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5-year follow-up study. *Schizophr Res.* 2000; 44(1): 47-56.
3. Amuk T, Kalkan Oğuzhanoglu N, Ateşçi F. Şizofreni hastalarının bir yıllık izlem çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2004; 5: 141-7.
4. Bagney A, Rodriguez-Jimenez R, Martinez-Gras I ve diğ. Negative symptoms and executive function in schizophrenia: does their relationship change with illness duration? *Psychopathology.* 2013; 46(4): 241-8.
5. Bergh S, Hjorthøj C, Sørensen HJ ve diğ. Predictors and longitudinal course of cognitive functioning in schizophrenia spectrum disorders, 10 years after baseline: The OPUS study. *Schizophr Res.* 2016; 175(1-3): 57-63. doi: 10.1016/j.schres.2016.03.025.
6. Bozikas VP, Kosmidis MH, Kioperlidou K ve diğ. Relationship between psychopathology and cognitive functioning in schizophrenia. *Compr Psychiatry.* 2004; 45(5): 392-400.
7. Fett AG, Viechtbauer W, Dominguez MG ve diğ. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neurosci and Biobehav Rev.* 2011; 35: 573-88.
8. Green MF, Kern RS, Heaton RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophr Res.* 2004; 72(1): 41-51.
9. Harvey PD, Koren D, Reichenberg A ve diğ. Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship? *Schizophr Bull.* 2006; 32(2): 250-8.
10. Hughes C, Kumari V, Soni W ve diğ. Longitudinal study of symptoms and cognitive function in chronic schizophrenia. *Schizophr Res.* 2003; 59(2-3): 137-46.

**SB5. TRSM HİZMETİ ALAN VE ALMAYAN ŞİZOFRENİ HASTALARININ
KENDİNİ DAMGALAMA VE ÖZNEL İYİLEŞME DURUMLARI**

Aydın Kurt¹, E. Erdal Erşan²

¹*Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Niğde*

²*Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Niğde*

Giriş: Damgalama, şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere karşı ayrıştırmacı, küçümseyici ve olumsuz önyargı, kalıplaşmış düşünce ve tutumlar sergilenmesi sonucu hastaların toplumdan dışlandıklarını hissetmesine ve sosyal statü kaybetmesine yolaçan bir süreçtir. Kendini damgalama ise, toplumda ciddi ruhsal hastalıklara yâ da hastalığı olan bireylere karşı olan olumsuz önyargı ve kalıplaşmış düşüncelerin hasta birey tarafından içselleştirilmesi olarak değerlendirilebilir. Kendini damgalama şizofreni hastalığında sıklıkla karşılaşılan ve hastaların sosyal ve mesleki işlevselliğini bozan ve klinik ve öznel iyileşmeyi olumsuz yönde etkileyen bir tablodur. Avrupa’da 14 ülkede yapılan 1229 şizofreni hastasının dahil edildiği geniş katılımlı bir çalışmada şizofreni hastalarının %69.4’ünün kendini dışlanmış hissettiği (damgalama) ve hastaların %41.7’sinde kendini damgalamanın orta ve yüksek seviyede olduğu bildirilmiştir. Yapılan çalışmalar kendini damgalamaya azalmış benlik saygısı ve umutsuzluğun aracılık ettiğini bildirmektedir. Yine yapılan çalışmalarda kendini damgalaması yüksek olan şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, tedavi uyumunun daha bozuk olduğu, özellikle negatif belirti şiddetinin daha fazla olduğu, benlik saygısının düşük olduğu, umutsuzluğun daha belirgin olduğu, toplumsal işlevsellik seviyelerinin daha düşük olduğu, işsizlik seviyelerinin daha yüksek olduğu, intihar riskinin daha yüksek olduğu, klinik ve öznel iyileşmenin daha düşük olduğu gösterilmiştir. Son yıllarda şizofreni hastalarında klinik iyileşmeyle birlikte öznel iyileşmede sıklıkla araştırılmaya başlandı. Şizofreni çalışma grubu klinik iyileşmeyi, hastalık belirtilerinin kısmi dahi olsa düzelmesiyle birlikte hastanın toplumsal ve mesleki işlevlerini yerine getirebilmesi olarak tanımlamıştır. Öznel iyileşme ise ruhsal hastalığın yıkıcı etkileri altında yaşayan bir bireyin hayatında yeni anlam ve amaçların oluşması olarak tanımlanabilir. Yeniden umutlanma, kimliğin yeniden inşası, hayatının bir anlamının olması ve iyileşme için sorumluluk almak öznel iyileşmenin temel bileşenleri olarak dikkat çekmektedir. Klinik iyileşme ve öznel iyileşme eş anlamlı kavramlar olmaktan ziyade birbirini tamamlayan kavramlardır. Hastanın psikolojik dayanıklılık seviyesinin düşük olmasının, azalmış benlik saygısının, olumsuz duygulanımların varlığının, hastadaki umutsuzluk seviyesinin yüksek olmasının ve negatif belirtilerin fazla olmasının öznel iyileşmeyi olumsuz yönde etkilediği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumsal işlevselliğini arttırmak, klinik ve öznel iyileşme süreçlerine katkıda bulunmak ve damgalamayla mücadele etmek için kurulmuştur. Ancak alanyazının incelenmesi sonucunda ülkemizde TRSM hizmeti alan hastalarda kendini damgalamayla ilgili çalışma olmadığını gözlemledik. Bu çalışmanın amacı, TRSM hizmeti alan şizofreni hastalarıyla genel hastane psikiyatri birimlerinde tedavi edilen şizofreni hastalarındaki kendini damgalama ve öznel iyileşme durumlarını karşılaştırmak, kendini damgalama ve öznel iyileşme arasındaki ilişkiyi ve bu durumla ilişkili faktörleri incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri biriminde ve TRSM’de takip ve tedavisi yapılan 18 yaşını doldurmuş ve çalışmaya katılmayı kabul eden şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastalar rastgele olarak dahil edildi. TRSM’de hizmet alan

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

hastaların en az bir yıl süreyle merkeze devam etme zorunluluğu arandı. Toplumsal fonksiyonelliği etkileyebilecek komorbid psikiyatrik hastalığı, zeka geriliği, yaygın gelişimsel bozukluğu veya belirgin fiziksel rahatsızlığı bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya katılan hastalara araştırmacılar tarafından hazırlanan ve hastaların sosyodemografik bilgileri ile hastalık ve tedavi bilgilerini içeren tanıtıcı bilgi formu doldurtuldu. Hastaların kendini damgalama ile ilgili düşüncelerini değerlendirmek için Yıldız ve arkadaşları (2018: 9) tarafından geliştirilen, Kendini Damgalama-Hasta ölçeği (KDÖ-H) kullanılmıştır. Hastaların öznel iyileşme durumlarını değerlendirmek için Yıldız ve arkadaşları (2017: 10) tarafından geliştirilen Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ) kullanılmıştır.

Bu çalışmada TRSM'de takip ve tedavisi yürütülen hastalara yapılandırılmış bir psikososyal rehabilitasyon programı uygulanmamıştır. Hastalara farmakoterapiyle birlikte özbakım eğitimi, psikoeğitim, iş/uğraşı terapisi, sosyal etkinliklere katılma ve ev ziyareti gibi rutin TRSM hizmetleri uygulandı. Buna karşılık hastane grubundaki hastalara farmakoterapi uygulandı.

Araştırmanın etik kurul onayı Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu'ndan alındı. Çalışmaya katılan tüm hastalara çalışmayla ilgili ayrıntılı bilgi verildi ve hastalardan ve varsa yasal vasilerinden sözlü ve yazılı onay alındı. Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS (ver:22) programına yüklenerek değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını ortaya koymak amacıyla Kolmogrov Smirnov testi uygulandı, verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri kontrol edildi ve histogram grafiği incelendi. KDÖ-H ve ÖzİDÖ ortalama puanlarının karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkın önemlilik testi uygulandı ve p değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri biriminde tedavi gören (hastane grubu) 64 ve TRSM'den hizmet alan (TRSM grubu) 81 olmak üzere 145 şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hasta dahil edildi.

Hastaların 100'ü erkekti ve 126'sı şizofreni tanılıydı. TRSM ve hastane gruplarının yaş ortalaması sırasıyla 45.83 ± 9.28 ve 41.19 ± 11.87 idi ve ortalama hastalık süresi 19.27 ± 9.12 ve 16.11 ± 10.09 yıldır. TRSM ve hastane grupları arasında sosyodemografik ve klinik özellikler bakımından anlamlı farklılık yokken, TRSM grubunda yaş ortalaması anlamlı olarak daha yüksekti. Grupların uzun etkili antipsikotik ilaç ve klozapin kullanım oranları benzerdi.

Çıkan sonuçlara göre TRSM ve hastane gruplarındaki hastaların ortalama KDÖ-H puanları sırasıyla 45.33 ± 16.60 ve 41.23 ± 16.35 idi. Yine ortalama ÖzİDÖ puanları sırasıyla 54.84 ± 17.17 ve 45.97 ± 17.63 idi. ÖzİDÖ puan ortalaması TRSM grubunda hastane grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekken, KDÖ-H puan ortalaması bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışma sonucunda hastaların kendini damgalama puanları (KDÖ-H) ile öznel iyileşme puanları (ÖzİDÖ) arasında negatif yönlü kuvvetli bir ilişki saptanmıştır. Yine inceleme sonucunda yaş ve hastalık süresiyle KDÖ-H puanı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır. Eğitim durumuyla KDÖ-H puanı arasında negatif yönlü ve eğitim durumuyla ÖzİDÖ puanı arasındada pozitif yönlü zayıf bir ilişkide saptanmıştır.

Sonuç: Herne kadar bu çalışmanın kesitsel bir çalışma olması ve hastaların PANSS değerlerinin olmaması gibi kısıtlılıkları varsa da; bildiğimiz kadarıyla bizim çalışmamız Türkiye'de TRSM'lerde uygulanan hizmetlerinin kendini damgalama ve öznel iyileşme üzerine etkilerini araştıran ilk çalışma olması bakımından değerli bir çalışmadır. Çalışma sonucunda TRSM hizmeti alan şizofreni hasta grubunda öznel iyileşmenin hastalar tarafından daha belirgin

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

olarak hissedildiği ancak kendini damgalama konusunda gruplar arasında farklılık olmadığı anlaşılmıştır. Bu sonuç TRSM hizmetlerinin hastaların toplumsal işlevselliklerini arttırmaya ve iyileşme sürecine olumlu katkısı olduğunu göstermekle beraber TRSM’lerde damgalamaya yönelik yapılandırılmış ve tüm TRSM’lere yaygınlaştırılmış eğitimlerin ve kamusal faaliyetlerin yapılmasının gerekliliğininde ortaya koymaktadır. Bu sonuçların gelecekte yapılacak yönetsel olarak iyi planlanmış ve uzunlamasına çalışmalarla desteklenmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: TRSM, şizofreni, damgalama, kendini damgalama, öznel iyileşme

Kaynaklar

1. Brohan E, Elgie R, Sartorius N and Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*; 2010; 122(1-3), 232–238. doi:10.1016/j.schres.2010.02.1065
2. Yanos PT, Roe D, Markus K and Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psych Serv*, 2008; 59:1437-1442.
3. Tang IC and Wu HC. Quality of Life and Self-Stigma in Individuals with Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 2012; 83(4), 497–507. doi:10.1007/s11126-012-9218-2
4. Fung KMT, Tsang HWH and Corrigan PW. Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2008;32(2), 95–104. doi:10.2975/32.2.2008.95.104
5. Vass V, Morrison AP, Law H, Dudley J, Taylor P, Bennett KM and Bentall RP. How stigma impacts on people with psychosis: The mediating effect of self-esteem and hopelessness on subjective recovery and psychotic experiences. *Psychiatry Research*, 2015;230(2), 487–495. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.042
6. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR and Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*, 2005;162:441–449.
7. Roe D, Mashiach-Eizenberg M and Lysaker PH. The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophr Res*, 2011;131:133–138
8. Strauss GP, Sandt AR, Catalano LT and Allen DN. Negative symptoms and depression predict lower psychological well-being in individuals with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 2012 ;53(8), 1137–1144.
9. Yıldız M, Kiras F, İncedere A and Abut FB. Development of self-stigma inventory for patients with schizophrenia (SSI-P): reliability and validity study, *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 2018
10. Yıldız M, Erim R, Soygur H, Tural U, Kiras F and Gules E. Development and validation of the Subjective Recovery Assessment Scale for patients with schizophrenia, *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*,2017.

SB6. ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İŞE YERLEŞTİRİM VE İŞ TAKİBİ ÇALIŞMASI: 24 AYLIK SONUÇLAR

Aysel İncedere¹, Mustafa Yıldız²

¹*Kocaeli Üniversitesi SBE Ruhsal Rehabilitasyon AD*

²*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD*

Giriş: Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerde iş yaşamına katılım oranlarının %10-30 arasında olduğu saptanmıştır. Ciddi ruhsal hastalıklar (CRH) arasında en yüksek işsizlik oranları şizofreni tanımlı bireylerde saptanmıştır. Hastaların iş yaşamına katılma konusunda karşılaştıkları engellerin; damgalama, profesyonellerin tutumu, aileler ve işverenlerin tutumları, ayrımcılık, sosyal yardımlar ile ilgili endişeler ve sosyal sigorta programının ekonomik teşvikleri, işe geri dönüş sürecinde bireyleri desteklemeyen hizmetler, meslek, hizmetlere yönelik erişim eksikliği, barınma ve iş gücü piyasasının gerçekliği olduğu belirtilmiştir. Türkiye’de yapılan bir niteliksel çalışmada, işverenlerin şizofrenili bireyleri tanımadıkları ve hastalık hakkında bilgi sahibi olmadıkları, hastaların şiddete meyilli ve saldırgan kişiliklerinin olduğunu düşündükleri için çalışanların huzursuz olmasından ve çalışma ortamının bozulması kaygısıyla işe almayı göze alamadıkları saptanmıştır. Ciddi ruhsal hastalığı olan bireyler için bir işe sahip olmanın klinik ve toplumsal iyilik üzerinde olumlu etkisi olduğu vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalara göre şizofreni hastalarında iş yaşamına katılma; klinik durumda düzelmenin yanında, öznel iyileşme, yaşam kalitesi ve toplumsal işlevsellik alanlarında artma ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca hastaların iş yaşamına katılması için bireysel özelliklerine uygun olarak yapılan mesleki iyileştirim hizmetlerinin uzun vadeli toplumsal tedavinin ana bileşenleri arasında yer aldığı belirtilmiştir. Hastaların iş yaşamına katılımını arttırmaya yönelik farklı mesleki iyileştirim hizmetleri geliştirilmiştir. Bunlar kabaca iş öncesi mesleki iyileştirim hizmetleri ve destekli işe yerleştirim olarak iki kategoride ele alınabilir. İş öncesi mesleki iyileştirim hizmetleri; İş öncesi mesleki iyileştirim hizmetleri, rekabetçi işlerde çalışmaya başlamadan önce gerekli donanımları elde etmeleri için kişileri rekabetçi iş sürecine hazırlamayı amaçlar. Destekli işe yerleştirim ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin rekabetçi işlere yerleştirilmesi ve işte kalmalarını amaçlayan kanıta dayalı mesleki iyileştirim destekleri ve hizmetlerini ifade eden şemsiye bir terimdir. Ülkemizde engelli istihdamını artırmak için bir takım yasal düzenlemeler yapılmıştır. 2011 yılında engelli KPSS sınavı ile kamu sektörüne engelli hastaların da girmesinin yolu açılmıştır. Aynı zamanda özel sektörde mevcut çalışanlarının %3’ü kadar engelli personel çalıştırmakla yükümlüdürler. Bizde çalışmamızda engelli KPSS sınavı ile atanan ve özel sektörde iş bulunan hastaların destekli istihdam modeli ile takip edilmesi amaçlandı.

Yöntem: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruhsal İyileştirim Birimi tarafından takip edilen şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan ve mesleki iyileştirim çalışmasına alınan 25 hastadan işe yerleşen 12 hasta sonuçları değerlendirildi. 24.04.2017 tarihli e-KPSS sınavı ile atanan 7 hasta ve özel sektörde işe giren 5 hastanın 24 aylık takipleri yapıldı. Hastalar çalışmaya alınmadan önce, 12 ay ve 24. ayın sonunda klinik ve işlevsellik açısından Klinik Genel İzlenim (KGİ), İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGDÖ), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ), Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖİDÖ) değerlendirildi. Ailelere çalışmanın başında, 12 ay ve 24. ayın sonunda Zarit Aile Yük Ölçeği uygulandı.

Destekli İşe Yerleştirim: Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavına (E-KPSS) sınavından yeterli puan alan hastalarla birlikte uygun yerlerin tercih edilmesi sağlandı. E-KPSS’yi kazanan hastaların ilk atanma aşamasında personel daire müdürleri ile görüşmeler yapıldı. Hastaların özellikleri ve yeteneklerine uygun pozisyonlarda iş verilmesi sağlandı. Yerleştikleri kurumlarda hasta, birim

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

amiri ve diğer çalışanlarla görüşmeler gerçekleştirildi. Özel sektörde işe başlayacak hastaların ilk iş görüşmelerine hasta ile birlikte gidildi. İşe yerleşen hastalar iş yerinde ziyaret edildi, birim amirleriyle görüşmeler yapıldı. Her iki grupta da birim amirlerine iş koçunun irtibat numarası verilerek kolay erişim olanağı sağlandı.

Çalışmanın yürütülmesi: 12 hasta destekli işe yerleştirim çalışmasına katıldı. E-KPSS ile atanan 7 hasta memur olarak çalışmaya başladı ve 2 yıl boyunca takip edildi. Özel sektörde çalışmaya başlayan 5 hastadan 3'ü normal kadrodan, 2'si engelli kadrosundan olmak üzere özel sektörde işe başladı.

Bulgular: Çalışmaya 12 hasta katıldı. 10'nu şizofreni, 2'si şizoafektif bozukluk (ŞAB) tanısı olan 12 hasta 24 ay boyunca aynı iş koçu tarafından takip edildi. Yaş ortalaması 34, başarı ile tamamladığı eğitim ortalaması 12 yıl olan hastaların %83'ü erkek, %83'ü bekârdı. Hastalık süresi ortalama 11 yıl olan hastaların toplam hastane yatış ortalaması 2, uygulamaya başlamadan önceki son iki yıl içindeki hastaneye yatış ortalaması 1 idi. %42'sinin daha önce iş deneyimi vardı. İşe başlayan hastaların çalışma nitelikleri Tablo 1'de verildi.

Tablo 1: Çalışmaya başlayan hastaların özellikleri

Cinsiyet	Yaş	Eğitim Durumu	Daha Önceki Çalışma Deneyimi	Sektör	İş Niteliği	24 Aylık Sürede İşe Devam Etme Durumu
Erkek	44	11	Yok	Kamu	Hizmetli	Devam
Erkek	24	8	Yok	Özel	Hizmetli	6. ayın sonunda bıraktı.
Erkek	24	12	Yok	Kamu	Hizmetli	Devam
Kadın	33	15	Var	Kamu	Memur	Devam
Erkek	36	15	Var	Özel	Masa Baş	1. yılın sonunda bıraktı.
Erkek	29	15	Var	Kamu	Memur	Devam
Erkek	30	15	Yok	Özel	Masa Baş	Devam
Erkek	35	15	Yok	Kamu	Memur	Devam
Erkek	33	15	Yok	Kamu	Memur	Devam
Kadın	39	11	Yok	Kamu	Hizmetli	Devam
Erkek	29	11	Var	Özel	Hizmetli	6. ayın sonunda bıraktı.
Erkek	56	9	Var	Özel	Hizmetli	Devam

9 hasta (%75) 2 yıl işine devam etmiştir. Özel sektörde normal kadrodan işe başlayan 3 hastadan 2'si işine 2 yıldır devam etmektedir. Diğer 2'si iş yerlerinin küçülmeye gitme kararı alması ve performanslarının yetersiz olması gerekçesiyle ilk 6 ayda işten çıkarıldı. Özel sektörde engelli kadrosundan işe giren 1 hasta ise işin ağır gelmesini gerekçe göstererek ve hastalığının tekrarlaması nedeniyle 1. yılın sonunda kendisi işi bıraktı. Kamu sektöründe işe başlayan hastaların hepsi işine devam etmektedir. Kamu sektöründe 2 hasta işini bırakmak istedi. İş bırakmak isteme nedenleri 1 hastanın iş yükünün ağır gelmesi, diğer hastanın iş yerinin evine çok yakın olması nedeniyle damgalanmaya maruz kalması. Fakat yapılan görüşmeler sonucunda kurum değiştirilerek sorun çözüldü.

Klinik Sonuçlar

Çalışmaya alınan hastalar, ilk değerlendirmede klinik ölçek puanlarına göre (ortalama KGİ=4, ortalama İGD=50) orta-ciddi düzeyde olan hastalardı. Hastaların ölçek puan ortalamalarında süreç içerisinde anlamlı değişiklik saptandı. Hastaneye yatış sayısı başlangıça göre anlamlı oranda düştü ama 12. ay ile 24 ay arasında anlamlı oranda artma vardı. Hastaneye yatış sayısı ilk yılda yalnızca 1 hastada oldu. Sonraki 2. yıl özel sektörde çalışan 2 hasta iyileştiğini düşünerek ilaçlarını bıraktığı için hastalığı tekrarladı, hastaneye yatışı oldu ve taburculuk sonrası işlerine devam etmediler.

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

Devlet sektöründe çalışan 3 hasta da iyileştiğini düşünerek ilaçlarını azaltınca hastalığı tekrarladı ve 1 hastanın hastaneye yatışı oldu, 1 hastaya rapor verilerek hastaneye yatışı olmadan ayaktan takip edildi. 1 hastanın hastane yatışı sonrası kurumu değişti. Uygulanan ölçeklerin ilk, 12. ve 24. ay sonraki puanları Tablo 2’te verildi.

Tablo 2. Uygulanan Ölçeklerin İlk, 12. Ay ve 24. Aydaki Takip Puanları (n=12)

	Başlangıç	12. ay	24. ay	İstatistik
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	p
Hastaneye yatış	1,0±0,8	0,08±0,2	0,2±0,4	0,022*
KGi-Ş	4,2±0,9	2,7±0,6	2,6±0,6	0,000**
İGD	50,8±3,5	62,9±5,4	67,0±4,5	0,000**
ÖziDO	65,5±17,3	77,3±9,6	78,7±7,8	0,016**
TiDO	34,8±9,2	46,5±6,3	49,0±4,9	0,000**
ZBYÖ	43,7±15,8	39,8±13,5	36,0±12,8	0,003**

* Wilcoxon Signed Ranks Test, **Friedman testi

KGi-Ş: Klinik Genel İzlenim-Şiddet Ölçeği; İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi; TiDO: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği; ZBYÖ: Zarif Bakıcı Yük Ölçeği; ÖziDO: Özel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği

Sonuç: Şizofreni hastalığı olan bireylerin önemli bir kısmının, çalışmaya istekli oldukları, iş yapabilme, iş eğitimi ve işe girebilmek için gereksinimleri olan destek sistemlerine ihtiyaç duyduklarını ifade ettikleri bildirilmiştir. Şizofrenili bireylerin tercihleri doğrultusunda güçlü yanları belirlenerek çalışma yaşamına dahil edilmeleri, yaşamlarını olağanlaştıran önemli yollardan birisidir. Kişinin gereksinimleri ve hastalığının evresi ile örtüşen uygun mesleki iyileştirim fırsatları ruhsal hastalığı bulunan herkes için çalışma olanaklarını artırabilmektedir. Şizofrenili bireyler kendi başarılarına ya da geleneksel iyileştirim hizmet danışmanlığında iş aradıklarında işe girme olasılıkları düşüken destekli işe yerleştirimle işe girme ve işi sürdürme olasılıkları artmaktadır. Engelli bireyler işe yerleştirildikten sonra desteklenmeleri sürdürüldüğünde işte kalma sürelerinin uzadığı bilinmektedir. Çalışmamızda da destekli işe yerleştirim çalışması yapıldığında hastaların işe girebildikleri ve işlerini sürdürebildikleri görülmüştür.

Hastane yatışının ve hastalığın tekrarlamasının anlamlı olarak artmasının sebebi ruhsal hastalığı olan kişilerin fiziksel engelli olan hastalar gibi dışarıdan hastalıkları belli olmadığı için çalışma arkadaşlarının “senin hiçbir şeyin yok, ilaç kullanmana gerek yok, sıkıntılarını kendin atlatabilirsin gibi ifadeleri sürekli kullanmaları” hastalarımızda ilaç bırakmaya neden olabileceği düşünüldü. Destekli istihdam ile ilk başta hastaların amirleri ile hastalık hakkında detaylı görüşmeler yapılmıştı, diğer çalışma arkadaşları ile hastalık hakkında daha kısa bilgiler verildi. Aynı zamanda hastalarımızın fiziksel engelli olmaması kendilerinden daha fazla işlerin beklenmesine ve uyum sürecinin daha erken olması beklentileri hastalığın tekrarlanmasının nedeni olmuş olabilir. Özel sektörde engelli kadrosundan işe alınmalarına rağmen 2 hastamızdan mesaiye kalmasının istemeleri, ilk haftadan iş ortamına hemen uyum göstermelerini beklemeleri nedeniyle hastalarımız işini bırakmıştır. Devlet sektöründe de engelli kadrosundan çalışmayanlar ile aynı işin beklenmesi, uyum sürecinin daha erken beklenmesi ve yapabileceklerinin üstünde işlerin beklenmesi hastaların iş hayatından uzaklaşmasına neden olmaktadır.

Özel sektörde ilk iş görüşmesine hasta ile birlikte gidildiğinde işe girmenin daha kolay olduğu görüldü. İşverenlere takip güvencesi verilmesi (saldırganlığın olmadığına garantisini istemeleri), hastanın kendisini daha iyi ifade etmesinin sağlanması (yanında iken kendini daha güvende hissetmesi) ve kurumsal bir kimlik ile gidince işverenlerin hastayı almakta zorunlu hissettikleri görüldü.

Hastalarımız da işe girdikten sonra kendilerinden beklenen işleri yapmaya çalışırken yetiştiremediklerinde ailelerinden yardım istedikleri, ailelerin de işten atılmasını diye hastaya

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

yardım ettiği görüldü. Bir hastamız ise para kazanmaya başladıktan sonra kız arkadaş bulamadığı için (evlenemeyeceksem niye çalışayım düşüncesi ile) işi bırakmak istedi. Bazı aileler hastalarımız işi bırakmasını diye hemen borçlandırarak (ev eşyası aldırma veya kredi çekirme) hastaların yükünü artırdığı görüldü. Hastaların eğitim durumlarına göre iş niteliklerinin düşük olması ve görevde yükselme fırsatlarının tanınmaması da iş hayatından uzaklaşmalarına neden olduğu görüldü.

İş yaşamında karşılaşılan zorluklar iş koçunun görüşmeleri ile aşıldı. Bu noktada öne çıkan sorunlar Tablo 3’de sıralandı:

Tablo 3: İş yerinde yaşanan başlıca sorunlar:

• Başka çalışanlar gibi iş performansı beklenmesi
• Arkadaşların hasta olmadığı ve ilaç kullanmak gerekmediği şeklindeki telkinleri
• İş yaşamı ve başarıyla birlikte iyileşme algısının değişmesi ve tedaviyi bırakma isteği
• Ailenin ekonomik beklentisini çok olması ve hasta üzerinde yük oluşturması
• Hastaların beklentilerinin karşılanmaması
• İş niteliğinin düşük olması
• Görevde yükselme şansının olmaması
• Ruhsal ve tıbbi tedaviler için izin alma zorluğu
• Her şeye rağmen kırılmayan önyargılar
• Kurumsallaşmış bir işe yerleştirim ve iş koçluğu programının olmaması

Türkiye’de ilk defa yapılan destekli işe yerleştirim çalışmasının sonucunda iş hayatında yaşanan sorunların önemli bir kısmı düzenli görüşmeler ile aşıldığı ve diğer çalışma yaşamına girmek isteyen hastalara umut olduğu görülmüştür.

Anahtar sözcükler: şizofreni, destekli işe yerleştirim, mesleki iyileştirim, iş koçu

Kaynaklar

1. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment- A review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39(5): 337-349.
2. Yıldız M, Kaytaç Yılmaz BN, İncedere A, Abut FB, Aydın Özgül A, Sarandöl A. et al. Rates and correlates of employment in patients with schizophrenia: A multicenter study in Turkey. *Int J Soc Psychiatry*, 2019 1–10 Can Öz, Şizofreni Bireyleri İşe Yerleştirme ile İlgili Görüşler ve Beklentiler: Hasta, Ailesi ve İşverenler, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora tezi, İstanbul, 2016, (Danışman: Doç. Dr. Gül ÜNSAL BARLAS)
3. Waddell G, Burton KA. Is work good for your health and well-being? The Stationery Office, London, 2006.
4. Catty J, Lissouba P, White S, Becker T, Drake DR, Firoritti A, et al. EQOLISE Group. Predictors of employment for people with severe mental illness: Results of an international six-centre RCT. *Br J Psychiatry*, 2008; 192(3): 224-231
5. Carmona VR, Gomez-Benito J, Rojo-Rodes EJ. Employment Support Needs of People with Schizophrenia: A Scoping Study. *J Occup Rehabil.* 2019; 29(1):1-10.
6. Türkiye Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara, 2010,
7. Zaprutko T, Kus K, Bilobryvka R ve ark. Schizophrenia and employment: Evaluation from professional point of view. *Psychiatr Q.*2015; 86(4):569-79.
8. Beigi MK, Shahbolaghi FM, Rassafiani M ve ark. The meaning of work in people with severe mental illness. *Med J Islam Repub Iran.* 2015; 29(1):161-68.

SB7. BAKİMEVİNDE VE KENDİ EVİNDE YAŞAYAN ŞİZOFRENİ TANISI ALMIŞ BİREYLERİN AKTİVİTE DENGESİ VE SOSYAL İŞLEVSELLİK DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Bahar Turan

Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Giriş: Toplumların kültürel ve sosyal faktörleri göz önüne alındığında şizofreni tanısı almış bireylerin çoğu aileleri ile birlikte yaşamakta ve onlardan destek almaktadır. Şizofreni tanılı bireylerin bakımı, aktif aile ve toplum katılımı ile toplum düzeyinde sağlanabilir. Bakımevleri şizofreni tanısı almış bireyler için alternatif yaşam alanları olarak görülse de bu tür yerlerin şizofreni tanısı almış bireyler için ne kadar uygun olduğu sorusu henüz cevaplandırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı, bakımevinde ve kendi evinde yaşayan şizofreni tanısı almış bireylerin, aktivite dengesi ve sosyal işlevsellik düzeylerinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Bu çalışmaya Batman ilinde özel bir bakımevinde yaşayan 25 kişi, Ankara ilinde kendi evinde yaşayan ve ayaktan tedavi alan 25 kişi olmak üzere toplamda 50 şizofreni tanısı almış birey çalışmaya alındı. Bireyler; görüşme sırasında iletişim kurabiliyor olma, şizofreni tanısı almış 18-65 yaş arası erişkin bireyler olma, tanıya ek herhangi bir zihinsel, ruhsal veya fiziksel limitasyonu olmama durumuna göre çalışmaya dahil edildi. Sosyodemografik bilgiler kaydedildi. Bireylerin sosyal işlevsellik düzeylerini belirlemek için Sosyal İşlevsellik Ölçeği kullanıldı. Ölçek günlük işlevler konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan, sosyal çekilme (0-15 puan), kişilerarası işlevsellik (0-9 puan), öncül sosyal etkinlikler (0-66 puan), serbest zaman değerlendirme (0-45 puan), bağımsızlık-yetkinlik (0-39 puan), bağımsızlık-performans (0-39 puan) ve iş/meslek (0-10 puan) olmak üzere 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınan yüksek puanlar daha iyi işlevselliği göstermektedir. Bireylerin aktivite dengelerini belirlemek için Yirmi Dört Saatlik Zaman Kullanımı Günlüğü kullanıldı. Bu yöntemde bireylere bir gün öncesinde hangi zaman diliminde (saatlik aralıklarda) hangi aktiviteyi yaptıkları sorularak kaydedildi. Gerçekleştirilen aktivite türünü belirlemek için, Amerikan Ergoterapi Derneği'nin (American Occupational Therapy Association – AOTA) geliştirdiği Ergoterapi Uygulama Çerçevesi: Alan & Süreç 3. Sürüm (Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 3rd Edition) referans alındı. Buna göre aktiviteler; günlük yaşam aktiviteleri, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri, dinlenme ve uyku, eğitim, iş, oyun, serbest zaman ve sosyal katılım olmak üzere sekiz alt alana ayrılmaktadır (Amini DA ve ark. 2014) (Tablo 1).

Tablo 1. Aktivite-Rol Alanları Tablosu

1= Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA)	Banyo yapma, Tuvalet ve tuvalet hijyeni, Giyinme, Beslenme, Fonksiyonel hareket, Kişisel hijyen ve düzenleme, Cinsel aktivite
2= Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri (YGYA)	Başka biri ile ilgilenme, Hayvan bakımı, İletişim teknikleri, Araç kullanımı ve toplumsal ulaşım, Para yönetimi, Sağlık yönetimi, Ev yönetimi, Yemek hazırlama ve bulaşık yıkama, Dini aktiviteler, Güvenlik, Alışveriş
3= Uyku ve Dinlenme	Uyku hazırlığı, Uyku, Dinlenme
4= Eğitim	Resmi veya Resmi olmayan eğitim, Kişisel öğrenme
5= İş	Çalışma, İş arama, İş hazırlığı, Gönüllü çalışma
6= Oyun	Kurallı oyun, Eğlenceli bireysel veya grup aktiviteleri
7= Eğlence	GYA, uyku ve dinlenme aktiviteleri dışında kalan planlı veya plansız eğlenceli aktiviteler

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

8= Sosyal Katılım	Toplum, aile ve arkadaş çevresinde gerçekleştirilen aktiviteler
-------------------	---

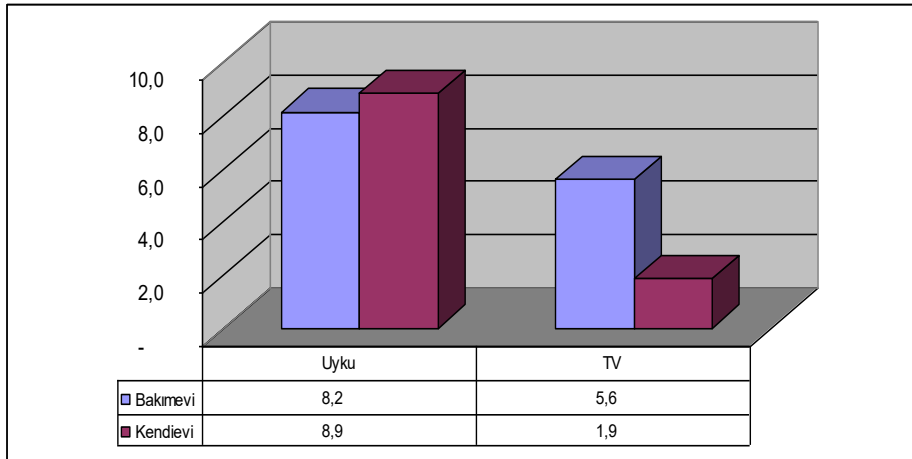
İki gruptan elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Bu çalışmada elde edilen veriler için SPSS 21 paket programı kullanıldı. Verilere ilişkin frekans ve yüzdesel dağılımların yanında gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanıldı. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanılmış olup, $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olmadığı belirtildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p > 0,05$). Grupların yaş ve cinsiyet açısından homojen olduğu söylenebilir. Çalışmaya katılan gruplardan kendi evinde yaşayan şizofreni tanısı almış bireylerin, sosyal işlevsellik ölçeğinin tüm bileşenlerinde aldığı puanlar bakımevinde yaşayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Sosyal işlevsellik Bulgularının Karşılaştırılması

		Kalınan yer						MannWhitne U testi		
		n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	z	p
Sosyal Çekilme	Bakımevi	25	10	11	4	13	2	19,08	-3,2	0,002
	Kendievi	25	12	12	6	14	2	31,92		
Kişilerarası İşlevsellik	Bakımevi	25	6	7	1	9	3	21,22	-2,1	0,034
	Kendievi	25	7	8	3	9	2	29,78		
Öncül sosyal etkinlikler	Bakımevi	25	3	3	0	10	2	13,98	-5,6	0,0001
	Kendievi	25	17	17	1	30	6	37,02		
Boş zamanlarını değerlendirme	Bakımevi	25	8	8	2	17	3	16,38	-4,4	0,0001
	Kendievi	25	15	15	5	26	6	34,62		
Bağımsızlık yetkinlik	Bakımevi	25	14	12	7	21	5	13,00	-6,1	0,0001
	Kendievi	25	35	36	29	39	3	38,00		
Bağımsızlık performans	Bakımevi	25	5	4	0	12	4	13,00	-6,1	0,0001
	Kendievi	25	29	29	19	38	6	38,00		
İş	Bakımevi	25	1	0	0	3	1	18,00	-3,8	0,0001
	Kendievi	25	5	3	0	10	4	33,00		

Kendi evinde yaşayan bireylerin aktivite çeşitliliği bakımevinde yaşayanlara göre yüksek bulundu ($p < 0,05$). Bireylerin uzun zaman ayırdığı uyku ve televizyon izleme aktivitesinin saatleri kendi içinde tekrar karşılaştırıldı. Bakımevinde yaşayan bireylerin televizyon izleme aktivitesi oranı kendi evinde kalanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$), (Çizim 1). Bu aktivite dağılımından yola çıkarak bakımevindeki serbest zaman aktivitelerinin sınırlı olduğu belirlendi. Kendi evinde yaşayan bireylerin yardımcı günlük yaşam aktivite oranları bakımevinde yaşayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$).



Çizim 1. Grupların uyku ve tv izleme saatlerine göre karşılaştırılması

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

Sonuç: Bakımevinde yaşayan şizofreni tanısı almış bireylerin gerçekleştirdikleri aktivitelerin çeşitliliği evde yaşayanlara göre daha sınırlıdır. Kendi evinde yaşayanların sosyal işlevsellik düzeyleri bakımevinde yaşayanlara göre daha yüksektir. Grupların seçildiği iki şehrin farklı gelişmişlik düzeyine sahip olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. İlerleyen çalışmalara katılacak olan grupların aynı gelişmişlik düzeyine sahip şehirlerden seçilmesinin sonuçlar açısından daha faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bakımeviyle ilgili daha geniş katılımcı grubuna sahip, daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: bakımevi, kendi evi, şizofreni, aktivite dengesi, sosyal işlevsellik

Kaynaklar

1. Çetin M & Ceylan E. Genel Bilgiler, Şizofrenin Tarihçesi. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri Şizofreni, 2005; 1, 83-123.
2. Akı E, Tanrıverdi N & Şafak Y. Şizofrenili Bireylerde Birey Merkezli Ergoterapi Programının Günlük Yaşam Aktiviteleri Katılımına Etkisi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 2014; 2(2), 83-90.
3. Birliği, A. P. Ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabı (DSM-5), Tanı ölçütleri el kitabı. Çev: Köroğlu, E.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2014.
4. Ekici G, Çorakçı Z, & Şafak Y. Şizofrenili Bireylerde Aktivite Performansı, Yaşam Memnuniyeti ve Ruhsal Durum İlişkilerinin İncelenmesi. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 2016; 4(2), 65-71.
5. Çelikbaş Z & Ergün S Şizofrenide Nörobilişsel Bozukluklar ve İşlevsellikle İlişkisi. Journal of Contemporary Medicine, 2018; 8.
6. LaVoi T, Kostreba A and Zimmerman S. The Effects of Self-stigma on Occupational Engagement for Adults With Mental Illness. American Journal of Occupational Therapy, 2017; 71(4)1.
7. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Ölçekler. Ankara: HYB Basım Yayım; 2009.
8. Browne G and Courtney M. Housing, social support and people with schizophrenia: A grounded theory study. Issues in Mental Health Nursing, 2005; 26(3), 311-326.
9. Ertekin H, Er M, Ozayhan HY, Yayla S, Akyol E. ve Şahin B. Bakımevinde kalan şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve depresyon. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2015; 28: 213, 221.
10. Amini DA, Kannenberg K, Bodison S, Chang P, Colaianni D, Goodrich B, et al. Occupational therapy practice framework: Domain & process 3rd edition. American Journal of Occupational Therapy. 2014;68:S1-S48.

**SB8. ŞİZOFRENİ VE ŞİZOAFFEKTİF BOZUKLUK TANILI HASTA GRUBUNDA
MESLEKİ İYİLEŞTİRİM ÇALIŞMASI**

Beyza Nur Kaytaş Yılmaz¹, Mustafa Yıldız²

¹*Maltepe Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü*

²*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD*

Giriş: Ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin iş yaşamına katılım oranlarının oranlarının %10-30 arasında olduğu bulgulanmıştır. Özellikle şizofreni hastalarında mesleki işlevselliğin bozuk olduğu ve işe katılım oranlarının düşük olduğu bulunmuştur. Hastaların bireysel özelliklerine uygun olarak yapılan mesleki iyileştirimin uzun vadeli toplumsal tedavinin ana bileşenleri arasında yer aldığı belirtilmiştir. Buna dayanarak ciddi ruhsal hastalık ile yaşayan bireylerin toplumsal tedavilerine içerisinde yer alan iş yaşamına katılmaları amacıyla geliştirilmiş birçok farklı mesleki iyileştirim modeli vardır. Bunlar kabaca geleneksel (iş öncesi) mesleki iyileştirim hizmetleri ve destekli işe yerleştirim olarak iki bölükte ele alınabilir. Geleneksel mesleki iyileştirim bir iş öncesi mesleki iyileştirim modeli olup ‘eğit ve yerleştir’ düşüncesine dayanır ve kişileri rekabetçi işlere hazırlamayı amaçlayan çeşitli hizmetleri barındırır. ‘Yerleştir ve eğit’ düşüncesine dayanan destekli işe yerleştirim ise ruhsal engelli bireylerin doğrudan rekabetçi işlere yerleşerek çalışma yaşamına dahil olmasını amaçlar. Yapılan çalışmalarda şizofreni hastaları için destekli işe yerleştirim hizmeti almanın toplumsal işlevsellik, yaşam kalitesi, benlik saygısı ve genel işlevsellik alanlarında artma; depresyonda azalma gibi mesleki olmayan sonuçlarının olduğu bulgulanmıştır. Son yıllarda birçok farklı destekli işe yerleştirim modeli geliştirilmiştir. Bunlardan biri de bütünleşik destekli işe yerleştirim (BDİY) modelidir. BDİY, hastalara sağlanan bireysel destekli işe yerleştirim hizmetlerine ek olarak kişilere iş yaşamına katılma konusunda farklı becerilerin öğretilmesini amaçlayan beceri eğitimi modülü içeren bir yöntem olarak tanımlanabilir. BDİY modelinin hastaların rekabetçi işlere yerleştirilmesi bakımından diğer modellerden daha etkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı almış bir grup hastanın BDİY’ e katılmasını sağlamak ve bu modelin katılımcılar üzerindeki etkilerinin ölçülmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmanın etik onayı KÜ GOKAEK 2017/338 numaralı araştırma projesi ile Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 29.01.2018 tarihinde alındı. Çalışma, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Psikiyatri Polikliniğinde tedavisi ayaktan sürdürülen hastalarla gerçekleştirildi. Eylül 2017 ile Ekim 2017 tarihleri arasında karşılaşılan çalışma isteği olan ve BDİY hizmetinden yararlanmak isteyen 20 hasta ile görüşme yapıldı. Görüşmeler sonunda 12’si şizofreni ve 5’i şizoaffektif bozukluk tanısı alan 17 hasta çalışmaya katıldı. İlaç tedavisine uyum gösteriyor olmak, dengeli bir klinik duruma sahip olmak, en az ilkökul mezunu olmak, şu an herhangi bir işte çalışmıyor olmak, işe girme konusunda istekli olmak ve geçmişte herhangi bir mesleki iyileştirim çalışmasına katılmamış olmak çalışmanın içleme ölçütlerindendi. Bu ölçütlere uygun hastalar, yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra çalışmaya dahil edildi. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısını 2 yıldan daha kısa bir süre önce almış olmak; zekâ geriliği, otizm ve süregen nörolojik rahatsızlıklar gibi yetiyitimine sebep olabilecek başka bir hastalığın olması, alkol-madde bağımlılığı tanısı almış olmak ve konuşma ile anlamayı engelleyecek düzeyde dil sorununun olması dışlama ölçütleri olarak belirlendi. 17 hastaya 2 farklı program ile 1 yıl boyunca bütünleşik destekli işe yerleştirim hizmeti verildi. I. Program hastaların rekabetçi işlerden önce engelli kadrosu adı verilen özel iş pozisyonlarında çalışmalarını için katılmaları

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

gereken Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavına (E-KPSS) yönelik olup II. Program ise kişilerin rekabetçi işlere yerleşmeden önce iş yaşamına katılım hakkında gerekli bilgi ve becerileri kazanmalarının amaçlandığı mesleki beceri eğitimi modülünden oluşturuldu. Bu beceri eğitimi modülü 9 beceriyi içermektedir. Bunlar; (1) İş yerinde belirti yönetimi ve tedaviye uyum sağlama, (2) Kendini tanıma, (3) Özgeçmiş hazırlama ve iş arama becerileri geliştirme, (4) Bir iş görüşmesine katılma, (5) İş yerindeki kuralları tanıma ve kurallara uyma, (6) İş yerinde toplumsallaşma, (7) İş hakkında alma ve verme çalışması, (8) Sorun çözme becerilerini öğrenme, (9) İş yerinde stresle baş edebilme. Katılımcıların klinik ve ruhsal durum ile işlevsellikleri bütünlük destekli işe yerleştirim hizmetlerinden önce ve sonra Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Kendini Damgalama Ölçeği (KDÖ-H), Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖZİDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ), Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği (PNBÖ), Klinik Genel İzlem-Şiddet (KGİ-Ş), İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD) değerlendirme araçları ile ölçüldü. Sonuçlar parametrik olmayan testlerden olan Wilcoxon Testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların 9'u kadın, yaş ortalaması 33, eğitim ortalaması 13 yıldır. Hastalığın başlangıç yaşı 19 olup ortalama hastalık süresi 13 yıldır. Katılımcıların 9'unun hastalık öncesinde çalışma deneyimi vardı. Katılımcıların bütünlük destekli işe yerleştirim hizmetlerinden almalarıyla birlikte Beck Depresyon Ölçeği ($z=-4.19$, $p<.001$), Kendini Damgalama Ölçeği ($z=-3.01$, $p<.05$), Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği ($z=-5.17$, $p<.001$), Beck Umutsuzluk Ölçeği ($z=-2.28$, $p<.05$), Klinik Genel İzlem-Şiddet ($z=-3.74$, $p<.001$) ve İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği ($z=-5.15$, $p<.001$) ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir fark saptandı. Ayrıca katılımcıların Pozitif ve Negatif Belirti Ölçeği pozitif belirtiler ($z=-4.71$, $p <.001$), negatif belirtiler ($z=-5.28$ $p <.001$), genel psikopatoloji ($z=-4.63$, $p<.001$), içgörü alt ölçeklerinde ($z=-4.69$, $p <.001$) ve genel toplamda ($z=-5.63$, $p <.001$) ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir fark saptandı. Hastalardan 2'si rekabetçi işlere yerleşirken 2 hasta da E-KPSS sonucu ile kamuda engelli memur kadrosunda işe başladı.

Sonuç: Bu çalışma, ciddi ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik geliştirilmiş bütünlük destekli işe yerleştirim modelinin Türkiye'de yapılan ilk örneği olup önceki çalışmalar ile uyumludur. Bu çalışmanın sonucunda hastaların işe girmesinin yanı sıra hem klinik hem ruhsal hem de toplumsal alanlarda iyileşme saptandı. Bu sonuçlar, destekli işe yerleştirim hizmetlerinin klinik ve işlevsellik alanlarında iyileşme sağladığını bulgulayan çalışmalar ile uyumlu bulundu. Çalışmanın mesleki sonuçlarına bakıldığında 17 katılımcıdan 4'ü iş yaşamına katıldı. Bireysel ve BDİY çalışmalarında sonuçların uzun süreli etkililiğinin gözlemlenmesi için izlem çalışması yapıldığı saptanmıştır. Yapılan çalışmada sürenin kısa olması sebebiyle izlem yapılamadığından bu çalışmayı daha önce önceki kaynaklar ile karşılaştırmak mümkün değildir. Yapılan çalışmalarda ciddi ruhsal hastalığı olan çalışanların iş yerlerinde damgalamaya maruz kaldıkları bilinmektedir. Buradan hareketle ülkemiz için de iş koçluğu ve olgu yöneticiliği gibi kişilerin iş yerlerinde desteklendiği ve düzenli takip edildiği ruhsal iyileştirim hizmetlerine duyulan ihtiyaca vurgu yapılabilir.

Anahtar sözcükler: şizofreni, şizoaffektif bozukluk, destekli işe yerleştirim, bütünlük destekli işe yerleştirim

Destekleyen Kuruluş: Destekleyen Kuruluş: Kocaeli Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi, 2018-051

Kaynaklar

1. Bio DS, Gattaz WF. Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2011; 126, 265–269
2. Bond GR, Becker DR, Drake R ve diğ. Implementing supported employment as evidence based practice. *Psychiatr Serv.* 2001; 52:313-22.
3. Bond GR, Drake RE, Mueser KT ve diğ. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 1997; 48(3):335-46.
4. Bouwmans C, Sonnevill C, Mulder C ve diğ. Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015; 11: 2125–2142. (doi: 10.2147/NDT.S83546)
5. Burns T, Catty J, White S ve diğ. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study o individual placement and support. *Schizophr Bull.* 2009; 35(5): 949-958 (doi:10.1093/schbul/sbn024)
6. Crowther RE, Marshall M, Bond GR. ve diğ. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *Br Med J.* 2001; 322:204-8
7. Hoffman H, Jackel D, Glauser S ve diğ. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2014; 171:1183–1190
8. Liberman RP. Yetiyitiminden iyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı. American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC. 2008. Çev. Mustafa Yıldız, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011.
9. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment- A review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39(5): 337-349. (doi: 10.1007/s00127-004- 0762-4.)
10. Tsang HWH, Chan A Wong Ave diğ. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.* 2009; 40:292–305

**SB9. AYAKTAN TEDAVİ GÖREN ALKOL VE MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN
BAĞIMLILIK PROFİLLERİ İLE NÖROPSİKOLOJİK TEST
PERFORMANSLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Büşra Kahraman¹, Aslıhan Özlem Polat Işık²

¹Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM), İstanbul

²Kocaeli Üniversitesi, Psikiyatri, Kocaeli

Giriş: Alkol ve madde bağımlılığının bilişsel işlevler üzerinde olumsuz etkileri olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Bu tez çalışmasının temel amacı alkol ve madde bağımlılığının bilişsel işlevlere olan etkilerini BAPİ çerçevesinde araştırmaktır. Kişinin bağımlılık profili ile nöropsikolojik testlerde gösterdiği performans arasındaki ilişki incelenerek, madde kullanım özelliklerinin bilişsel performansla ilişkili olup olmadığı sorusuna cevap aranmaktadır.

Yöntem: Bu amaçla, bir psikososyal destek merkezine başvuran kişilerden klinik ilk görüşmesi sırasında BAPİ-K sorularını yanıtlayan ve örnekleme dahil olma ölçütlerini karşılayan kişilere araştırmadan bahsedilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere BDÖ, ST-TBAG, BIS-11-KF ve İST uygulanmıştır. Uygulamalar bireysel olarak yapılmış ve 15-30 dakika sürmüştür.

Bulgular: Örneklemin büyük çoğunluğu alkol (%37) bağımlısı, en sık tercih edilen diğer madde ise sentetik kannabinoiddir (%25). Katılımcıların yarısından fazlası (%57) düşük bağımlılık şiddetine sahiptir. Katılımcıların %49'unun (n=40) aktif olarak kullanıma devam ettiği ve %33'ünün (n=27) 0-3 ay arasında temiz kalma süresi olduğu gözlenmiştir. Sonuçlara göre, bağımlılık şiddeti yüksek olan kişilerin yaşamının daha fazla etkilendiği ve maddeyi bırakma motivasyonlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür $\chi^2(2)=9.36$, $p<.05$. Madde kullanmaya yönelik şiddetli istek ile depresyon şiddeti arasında anlamlı fark bulunmuştur, $t(55)=-2.16$, $p<.05$. Erkek katılımcıların NPT performansları kadınlara göre anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur $U=205.5$, $p<.05$. Kokain kullanan kişilerin NPT sürelerinin daha uzun olduğu yani bilişsel işlevlerinde bozulma olduğu görülmüştür. Katılımcıların temiz kalma süreleri ile ST-TBAG formunda yaptıkları spontan düzeltme sayısı arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür, $\chi^2(3)= 13.47$, $p<.001$.

Sonuç: Alkol ve madde bağımlısı kişilerin bağımlılık profilinin NPT performansı ile ilişkili olduğu görülmüştür. Araştırma bulguları kaynaklar ışığında tartışılmıştır. Konuyla ilgili daha kapsamlı ve genellenebilir veriler ortaya koyabilmek için boylamsal çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: bağımlılık profili, yürütücü işlevler, madde bağımlılığı, alkol bağımlılığı, dürtüsellik

Kaynaklar

1. London ED, Ernst M, Grant S ve diğ. Orbitofrontal cortex and human drug abuse: functional imaging. *Cerebral Cortex*. 2000; 10(3): 334-342. doi:10.1093/cercor/10.3.334.
2. Janowsky DS, Risch C. Amphetamine psychosis and psychotic symptoms. *Psychopharmacology*. 1979; 65(1): 73-77.
3. Rogers RD, Everitt BJ, Baldacchino A ve diğ. Dissociating deficits in the decision-making cognition of chronic amphetamine abusers, opiate abusers, patients with focal damage to prefrontal cortex, and tryptophan-depleted normal volunteers: evidence for monoaminergic mechanisms. *Neuropsychopharmacology*. 1999; 20(4): 322-329.

SB10. AYLIK UZUN ETKİLİ ANTİPSİKOTİK KULLANAN HASTALARDA TEDAVİYE UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ: 6 AYLIK BİR İZLEM ÇALIŞMASI

Duygu Esen¹, Hilmi Yaşar¹, Mustafa Yıldız¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

Giriş: Psikotik bozukluklar gerek içgörü bozukluğu, gerekse antipsikotik ilaçların yan etkileri nedeniyle ciddi oranda tedavi uyumsuzluğu ile birlikte giden ruhsal bozukluklardır. Antipsikotik ilaçlar, psikotik belirtileri azaltarak yinelemeyi önlerken ilaç tedavisine uyum, tedavinin etkinliğinde kilit bir rol oynar. Yapılan çalışmalar tedavi uyumsuzluğunun hastane yatışı ve işlev kaybı riskini arttırdığını göstermiştir. Araştırmalar taburculuk sonrası tedaviyi bırakma oranlarının 12-24 ay içinde %75-%90 arasında olduğunu, klinik çalışma verileri hastaların % 74'ünün ilacı 18 ay içinde bıraktığını göstermektedir. Tedaviye uyumu kısmen olan veya olmayan şizofreni hastalarının oranlarının %40-%60 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Şizofrenide ilaç tedavisine zayıf uyuma katkıda bulunan faktörler: Hastaya bağlı faktörler (zayıf içgörü, depresyon, madde kötüye kullanımı), tedaviyle ilgili faktörler (yan etkiler, etkinlik eksikliği, rejimin karmaşıklığı), destek sistemlerinin kötü olması veya tedavi ekibi ile olan teröpatik işbirliği eksikliğidir. Bu faktörlerin bazıları, uzun etkili formülasyonlarda olduğu gibi ilaç verim stratejilerini geliştirerek etkilenebilir. Tedaviye uyum sorununun çözümünde uzun etkili antipsikotik ilaçların (UEAPİ) kullanımı önemli bir seçenektir. UEAPİ'lerin günlük ilaç dozu ihtiyacını ortadan kaldırarak tedaviye uyumu artırdığı, daha düşük oranda ilacı bırakma, yineleme ve hastane yatışına yol açtığı gösterilmiştir (4,8). Şizofreni tanısıyla ilk kez hastaneye yatan hastalarla ilgili yapılan ve depo enjeksiyonlar ve eşdeğer oral formülasyonları arasındaki ikili karşılaştırmada enjeksiyon kullanan hastalarda yeniden hastaneye yatma riski, oral ilaç kullananların yaklaşık üçte biri olarak bulunmuştur. Risperidon ve haloperidol enjeksiyonlarını karşılaştıran bir çalışmada haloperidol grubunda yineleme sayısının anlamlı olarak azaldığı ve bir yıllık süre içinde iki ilaçla da tedaviye devam etme oranlarının düşük olduğu bulunmuştur. Paliperidon, aripiprazol ve risperidon enjeksiyonu kullanan hastalarla yapılan geriye dönük bir çalışmada ilaç başlanmasından sonraki 2 yıl içinde aripiprazol kullananlarda hastaneye yatış oranları, paliperidon kullananlara göre daha düşük bulunmuş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aripiprazol kullanan hastalarla yapılan başka bir çalışmada, 52. haftada yineleme oranı, plaseboya göre 5 kat daha düşük bulunmuştur. Şizofreni hastaları ile yapılan ve aripiprazol enjeksiyonunun akut atak tedavisinde etkinliğini değerlendirmeyi amaçlayan 12 haftalık bir çalışmada kabul edilebilir güvenlik ve tolere edilebilirlik ile belirtileri ve işlevselliği iyileştirdiği bulunmuştur (8). Haloperidol, paliperidon ve aripiprazol ile 1 yıl tedavi olan hastaların geriye dönük olarak tarandığı bir çalışmada üç ilaç arasında yan etkilerin ortaya çıkması ve yineleme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ve ilacı bırakma oranları istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaksızın % 14 olarak bulunmuştur. UEAPİ'lerin psikoz giderici etki açısından birbirine üstünlükleri bulunmamaktadır, ancak yan etkiler açısından farklılıklar olduğu bildirilmektedir. Haloperidol ile paliperidonun karşılaştırıldığı bir çalışmada paliperidon hem

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

prolaktin yüksekliği hem de daha fazla kilo alımı ile ilişkilendirilmiş ve haloperidol kullanan hastalarda daha fazla nörolojik yan etki bildirilmiştir. Genel olarak birinci kuşak ve ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar farklı yan etki profilleri ile ilişkilendirilir. Birinci kuşak APİ ekstrapramidal semptomlarla daha fazla ilişkilendirilirken, ikinci kuşak APİ ise metabolik sendrom ve kilo alımı ile ilişkilendirilmektedir. Türkiye’de UEAPİ tedavisine uyumla ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmanın amacı psikotik bozukluğu olan ve UEAPİ kullanan hastaların tedaviye uyumlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde tedavi gören ve UEAPİ (haloperidol dekanat, paliperidon palmitat, aripiprazol) kullanan şizofreni (n:26), şizoaffektif bozukluk (n:16), sanrılı bozukluk (n:7) ve iki uçlu bozukluk (n:5) hastaları çalışmanın evrenini oluşturdu. Hastalar ilaç kullanma öyküsü açısından değerlendirildi. Ağızdan ilaç tedavisine uyumu bozuk olup UEAPİ kullanılmasına karar verilen hastalara seçkisiz olarak herhangi bir UEAPİ başlandı. Çalışmanın başlangıcında hastalar Pozitif ve Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeği (PANSS), Klinik Global İzlenim (KGI), İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD), Simpson-Angus Nöroleptiklere Bağlı Hareket Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (SAS), Anormal İstemsiz Hareketler Ölçeği (AIMS), UKU Yan Etki Değerlendirme Ölçeği (UKU), İçgörü Değerlendirme Ölçeği (İDÖ) ile değerlendirildi. Hastaların aylık düzenli takibi poliklinik koşullarında yapıldı. Hastalar 6 ay sonra aynı ölçeklerle yeniden değerlendirildi. Her üç ilacı kullanan hastalar tedaviyi bırakma ve klinik değişkenler açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 54 hasta alındı; hastaların %63’ü erkek, %76’sı bekar, %48’i işsiz, yaş ortalaması 43, eğitim yılı ortalaması 10 ve hastalığın ortalama süresi 16 yıl idi. 6 aylık izlemde 11 hasta tedaviyi bıraktı (%20). Bırakma oranları haloperidol için %27 (3/11), paliperidon için %15 (4/27) ve aripiprazol için %25 (4/16) idi. Tedaviyi bırakma nedenleri olarak haloperidol için yan etkiler, paliperidon için etkisizlik, içgörüsüzlük ve doktorun değiştirmesi, aripiprazol için ise etkisizlik ve içgörüsüzlük saptandı. Antikolinergik ilaç kullanımı haloperidol kullanan hastalarda daha fazla idi. İlacı bırakan hastaların ilk ve son ölçümleri değerlendirildiğinde gerek klinik gerekse yan etki değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Sonuç: UEAPİ tedavi uyumu bozuk olan hastalarda öncelikli olarak düşünülmelidir. Böylesi güvenli bir uygulamada bile 6 aylık sürede hastaların yaklaşık beşte biri tedaviyi bırakabilmektedir. Yapılan bir gözden geçirmede 6 aylık takip süresinde aripiprazol aylık enjeksiyon tedavisine devam etme oranı bizim çalışmamıza yakın bir oran olarak %80,8 olarak bulunmuştur (2). Paliperidon ve aripiprazol aylık enjeksiyonları ve risperidon ayda iki kere yapılan enjeksiyonu karşılaştıran bir çalışmada aylık enjeksiyon grubundaki hastaların daha iyi tedavi uyumu ve tedaviye devam etme oranlarına sahip olduğu bulunmuş ve 24 ayın sonunda hastaların %75’ten fazlasının tedaviyi bıraktığı saptanmıştır (11). Haloperidol tedavisi için yan etkiler ön plana çıkarken, paliperidon ve aripiprazol tedavileri için etkisizlik ve içgörüsüzlük önemli durumlar olarak değerlendirilmiştir. Antikolinergik ilaç kullanımı en fazla haloperidol grubunda saptanmıştı ve bu durum daha önceki çalışmalarla uyumluydu (12). Tedaviye uyumu artırmak için hastaların yan etki açısından yakından izlenmesi ve uyumu artırmaya yönelik ruhsal toplumsal girişimlerin tedaviye eklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: tedavi uyumu, depo antipsikotikler, psikotik bozukluklar

Kaynaklar

1. Donald C. Goff. Maintenance Treatment With Long-Acting Injectable Antipsychotics Comparing Old With New. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 2014; 311(19):1973-4
2. Istvan M. Majer, Fiona Gaughran, Christophe Sapin, Maud Beillat, and Maarten Treur. Efficacy, tolerability, and safety of aripiprazole once-monthly versus other long-acting injectable antipsychotic therapies in the maintenance treatment of schizophrenia: a mixed treatment comparison of double-blind randomized clinical trials. *Journal of Market Access&Health Policy*, 2015; 3: 27208
3. Agid O, Foussias G, Remington G. Long-acting injectable antipsychotics in the treatment of schizophrenia: Their role in relapse prevention. *Expert Opin Pharmacother*, 2010; 11(14): 2301-17.
4. Wu CS, Cheng IC, Feng J, Chen CL. Comparison of treatment effectiveness and medical costs for different long-acting injectable antipsychotics in patients with schizophrenia in Taiwan: A nationwide population-based cohort study. *Schizophrenia Research*, 2016; 173(1-2):37-44
5. Kao Chin Chen, Lan-Ting Lee, Hsaing-Yuan Yu, Chih YinHsiao, Wei Hung Chang, Mei Hung Chi, Po See Chen, Yen Kuang Yang. A comparison of the effectiveness of risperidone, haloperidol and flupentixol long-acting injections in patients with schizophrenia—A nationwide study, *Schizophrenia Research*, 2015; 169: 400–40.
6. Hidenobu Suzukia, Hiroyuki Hibinob, Yuichi Inouec, Atsuhiko Takayab. Comparisons of the effects of second-generation antipsychotics long-acting injections on treatment retention according to severity of patient condition. *Asian Journal of Psychiatry*, 2018;37: 64-66.
7. Miriam Wade, SaraTai, Yvonne Awenat, Gillian Haddock. A systematic review of service-user reasons for adherence and nonadherence to neuroleptic medication in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 2017;51: 75–95.
8. Emilio Sacchetti, Heinz Grunze, Stefan Leucht, Antonio Vita. Long-acting injection antipsychotic medications in the management of schizophrenia, 2015;1:27-36.
9. Rosaria Di lorenzo, Paola Ferri, Michela cameli, sergio rovesti, chiara Piemonte. Effectiveness of 1-year treatment with longacting formulation of aripiprazole, haloperidol, or paliperidone in patients with schizophrenia: retrospective study in a real-world clinical setting. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2019; 15:183-198.
10. Dominic Pilon, Matthew Alcusky, Yongling Xiao, Philippe Thompson-Leduc, Marie-Hélène Lafeuille, Patrick Lefebvre & Carmela Benson. Adherence, persistence, and inpatient utilization among adult schizophrenia patients using oncemonthly versus twice-monthly long-acting atypical antipsychotics. *Journal of Medical Economics*, 2018, vol. 21, no. 2, 135–143.
11. Tiihonen J, Haukka J, Taylor M, Haddad PM, Patel MX, Korhonen P. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2011; 168:603–609.
12. Joseph P. McEvoy, Matthew Byerly, Robert M. Hamer, Rosalie Dominik, Marvin S. Swartz, Robert A. Rosenheck, Neepa Ray, J. Steven Lamberti. Effectiveness of Paliperidone Palmitate vs. Haloperidol Decanoate for Maintenance Treatment of Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial, *JAMA*, 2014; 21; 311(19)

**SB11. TRSM HİZMETİ ALAN VE ALMAYAN ŞİZOFRENİ HASTALARINDA
YATIŞ SIKLIĞI VE TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME:
KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

E. Erdal Erşan¹, Aydın Kurt², İpek Savaş³

¹*Doç Dr. Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilimdalı, Niğde*

²*Uzman Dr. Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Niğde*

³*Serbest Hemşire, Gaziantep*

Giriş: Şizofreni hastalığı pozitif, negatif, duygusal, davranışsal ve bilişsel belirtilerin gözlemlendiği, sıklıkla sosyal ve mesleki fonksiyonelliğin bozulmasıyla seyreden kronik seyirli ve tekrarlayıcı bir hastalıktır. Her ne kadar antipsikotik ilaçlar şizofreni hastalığının tedavisinde vazgeçilemez ve merkezi bir role sahipse de antipsikotik tedavi negatif belirtilerin düzelmesinde, nükslerin önlenmesinde, sosyal ve mesleki işlevselliği arttırmada ve tek başına yeterli olamamaktadır. Bundan dolayı şizofreni ve benzeri ağır ruhsal hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için çeşitli psikososyal rehabilitasyon programları uygulanmaktadır. Psikososyal rehabilitasyon programlarının antipsikotik tedaviyle birlikte uygulanmasının, hastalık belirtilerinin düzelmesine, alevlenme riskinin azalmasına, yatış sıklığının azalmasına ve hastaların sosyal işlevselliklerinin artmasına yardımcı olduğu çok sayıda çalışmada gösterilmiştir. Ayrıca bu psikososyal müdahalelerin birlikte kullanılmasının etkinliği daha da artırdığı bildirilmektedir. Psikososyal rehabilitasyon, ciddi ve kalıcı ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin toplumsal rol performanslarını attırmak ve iyileşmelerini sağlamak amacıyla sosyal, eğitsel, mesleki, davranışsal ve bilişsel girişimlerde bulunmak olarak tanımlanabilir. İyileşme odaklı modeller, sosyal beceri eğitimleri, psikoeğitim programları, problem çözme ve başetme becerileri kazandırma eğitimleri, toplum koordineli destek ve aile girişimleri, destekli iş ve meslek programları ve toplumsal yaşam becerileri kazandırma programları bu psikososyal girişimler arasında en yaygın olarak kullanılanlarıdır. 1960'lı yıllarda İtalya'da başlayan ruh sağlığı politikasındaki değişimle birlikte hastane temelli ruh sağlığı modelinden toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş başlamış ve hızla Avrupa ve dünyaya yayılmıştır. Avrupa ve dünyadaki bu değişimin sonucu olarak 2008 yılında ülkemizde de toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçiş başlamıştır. Bu amaçla şizofreni, bipolar bozukluk ve diğer psikozlar gibi ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde, bireysel işlevi iyileştirmeye yönelik etkin tedaviler sunulması, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda, birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre biçimde sunulabilmesi için toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM) kurulmuştur. Türkiye'deki TRSM'lerde bu kapsamda, çok boyutlu ruhsal-toplumsal yaklaşımla tedavi ve izleme yapılmakta ve poliklinik hizmeti, psiko eğitim, sosyal beceri eğitimi, aile eğitimi, ev ziyaretleri, iş-ugraşı çalışması, sağlık eğitimi, rehberlik hizmeti, bireysel ve aile görüşmeleri, sosyal etkinlik ve farkındalık çalışmaları yapmaktadır. Bu modelin ana hedefleri ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların hastaneye yatışlarını mümkün olduğunca azaltmak, hastaları hastane dışında aktif tedavide tutmak ve hastaların minimum destekle başkalarına ihtiyaç duymadan yaşayabilecek seviyeye gelmesini sağlamaktır. TRSM'lerin hastane yatış sıklığını engelleme oranı, toplum ruh sağlığı merkezlerinin etkinliğini değerlendiren en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir.

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

Bu çalışmanın amacı, TRSM hizmetleri alan şizofreni hastalarıyla genel hastane psikiyatri birimlerinde tedavi edilen şizofreni hastalarındaki hastane yatış oranlarını ve toplumsal işlevselliği karşılaştırmak ve bu durumla ilişkili faktörleri incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya Niğde Eğitim ve Araştırma hastanesi psikiyatri birimlerinde tedavi gören şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastalardan katılmayı kabul edenler rastgele olarak dahil edildi. Hastaların sosyodemografik, hastalık ve tedavi bilgilerini içeren formlar dolduruldu. Hastaların toplumsal işlevselliklerini değerlendirmek için Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) kullanılmıştır. Hastalar TRSM hizmeti alıp almamalarına göre iki gruba ayrılmış ve çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 22 programıyla yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri biriminde tedavi gören (hastane grubu) 64 ve TRSM’de hizmet alan (TRSM grubu) 81 olmak üzere toplam 145 şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hasta dahil edildi. TRSM grubundaki hastaların yaş ortalaması 45.83 ± 9.28 ve hastane grubunun yaş ortalaması 41.19 ± 11.87 ($p:0.009$), ortalama hastalık süresi TRSM grubunda 19.27 ± 9.12 yıl ve hastane grubunda 16.11 ± 10.09 yıldır ($p:0.05$). Hastaların hastaneye yatış oranları TRSM grubunda 0.21 ± 0.56 ve hastane grubunda 1.03 ± 1.31 bulunmuştur. TRSM grubunda son bir yıldaki yatış ortalaması hastane grubuna göre anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır ($p < 0.001$). Bununla birlikte, TİDÖ toplam ve kişilerarası ilişkiler ve eğlenti puan ortalamaları TRSM grubunda anlamlı olarak daha yüksekken, diğer TİDÖ alt ölçek puanları açısından her iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($p > 0.05$).

Sonuç: Çalışma sonuçları TRSM hizmetlerinin şizofreni hastalarının yatış sıklığını azalttığı ve psikososyal işlevselliklerini arttırdığını göstermiştir. Bu sonuç TRSM hizmetlerinin tedavi uyumunu arttırdığını düşündürmektedir. Hastaların bütüncül olarak tedavilerinin yapılabilmesi için toplum temelli ruh sağlığı modeline geçişin biran önce tamamlanması ve ciddi ruhsal rahatsızlığı olan hastanların TRSM hizmetlerini kullanmaya teşvik edilmesi gereklidir.

Anahtar sözcükler: TRSM, şizofreni, yatış sıklığı, toplumsal işlevsellik, toplumsal işlevselliği değerlendirme ölçeği

Kaynaklar

1. Penn DL, Waldheter EJ, Perkins DO, Mueser KT, Lieberman JA. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: A research update. *Am J Psychiatry*, 2010; 162, 2220-2220.
2. Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2015, 16(4), 238-246.
3. İlker Ö, Şafak Y, Örsel S, Karaoğlan-Kahiloğulları A, Karadağ H. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2017; 18(5), 419-427.
4. Dalum HS, Waldemar AK, Korsbek L, Hjorthøj C, Mikkelsen JH, Thomsen K, et al. Illness management and recovery: Clinical outcomes of a randomized clinical trial in community mental health centers. *plos one*, 2018; 13(4): e0194027.
5. Yıldız M, Kiras F, İncedere A, Esen D, Gürçan MB, Abut B, İpçi K, Tural Ü. Development of social functioning assessment scale (SFAS) for people with schizophrenia: Validity and reliability study. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2018; 19(Suppl 2), 29-38.
6. Varga E, Endre S, Bugya T, Tényi T, Herold R. Community-based psychosocial treatment has an impact on social processing and functional outcome in schizophrenia. *Front Psychiatry*, 2019, 28; 47. doi: 10.3389/fpsy.2018.00247.
7. Şahin Ş, Elboğa G. Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. *Cukurova Med J*, 2019; 44(2).1.

SB12. HEMŞİRELİK SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ YETKİNLİK ALGILAMA DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Gamze Yıldırım¹, Hatice Tambağ¹

¹*Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Hatay*

Giriş: Hemşirelik, toplumun değişen sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için çalışan, dinamik bir yapıya sahip, bilgi temelli ve yetkinlik odaklı bir meslektir. Gelişen ve değişen sağlık hizmeti sunumu da mesleki yetkinliğe sahip bu nitelikteki hemşirelik üyelerine ihtiyaç duymaktadır. Dünya Sağlık Örgütü de hemşirelerin tüm toplumlarda sağlık sistemlerinin omurgasını oluşturduğunu; hemşire yetkinliğinin tam olmaması durumunda hastaların istenmeyen sağlık çıktıları ile karşı karşıya kalma olasılığının yüksek olacağını belirtmiştir. Mesleki eğitim ile kazandırılmak istenen bu yetkinliklere sahip öğrencilerin mezun olduktan sonra görevlerini güvenli ve etkili bir şekilde yerine getirebilecek düzeyde yeterli bilgiye, beceriye, tutuma, iletişim özelliklerine ve karar verebilme yeteneğine sahip olacakları öngörülmektedir. Diğer taraftan bu yetkinliği kazanan hemşirelerin de hastaların ölüm, hastalanma ve istenmeyen durumlarla karşılaşma olasılığını azalttığı belirlenmiştir. Bu yüzden hemşirelik öğrencilerinin yetkin olarak mezun olmasının; mesleki standartların sürdürülmesine, hasta güvenliğinin sağlanmasına ve bakımının kalitesinin artmasına etkisi olacağı öngörülmektedir. Bütün bunların sağlanabilmesi için sağlık bakımında yetkinliğin geliştirilmesi, sürdürülmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

Yöntem: Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tiptedir. Araştırma Hatay il merkezinde bulunan bir üniversitede 2019-2020 yıllarında sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü son sınıfında eğitim gören 107 öğrenci ile yapılmıştır. Veriler, kişisel bilgi formu ve Hemşirelik Öğrencilerinin Yetkinlik Ölçeği (HÖYÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirmesinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma t-testi, ANOVA, Mann Whitney-U testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.10 ± 1.50 ve %64,5 'ı kadındır. Öğrencilerin çoğunluğunun anne (%48,6) ve baba (%38,3) öğrenim durumları ilkökuldür. Hemşirelik bölümünü %41,1'i kendi isteği ile tercih etmiş ve %75,7'si kendisini hemşirelik mesleğine uygun hissettiklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelik öğrencilerinin yetkinlik ölçeği toplam puan ortalaması $246,85 \pm 41,20$ olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerin puan ortalamaları ise, klinik biyomedikal bilim $25,46 \pm 5,11$, genel klinik beceriler $38,97 \pm 7,65$, eleştirel düşünme ve akıl yürütme $21,44 \pm 4,90$, bakım $35,11 \pm 6,87$, etik ve sorumluluk $91,55 \pm 17,19$ ve yaşamboyu öğrenme $34,29 \pm 7,28$ olarak bulunmuştur. Öğrencilerin yaşları, cinsiyetleri, hemşirelik bölümünü seçme ve mesleğe kendini uygun hissetme değişkenlerinin, mesleki yetkinlik algılama düzeylerini etkilediği saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: Sonuç olarak, öğrencilerin mesleki yetkinlik algılama düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve etkileyen faktörlere göre mesleki yetkinlik algılama düzeyinin değiştiği bulunmuştur. Etkileyen faktörler dikkate alınarak öğrencilerin mesleki yetkinlik algılama düzeyinin olumlu yönde geliştirmeleri konusunda uygulamaların planlanması sağlanabilir.

Anahtar sözcükler: yetkinlik, mesleki yetkinlik, hemşirelik öğrencisi

Kaynaklar

1. Tzeng H-M. Nurses' self-assessment of their nursing competencies, job demands and job performance in the Taiwan hospital system. *International journal of nursing studies*. 2004;41(5):487-96
2. Nilsson J, Johansson E, Egmar A-C, Florin J, Leksell J, Lepp M, et al. Development and validation of a new tool measuring nurses self-reported Professional competence—The nurse Professional competence (NPC) Scale. *Nurse education today*. 2014;34(4):574-80.
3. Ahmadi S, Yazdani S, Mohammad-Pour Y. Development of a Nursing Competency Framework: Thematic Content Analysis. 2017;4.
4. Kajander-Unkuri S, Meretoja R, Katajisto J, Saarikoski M, Salminen L, Suhonen R, et al. Self-assessed level of competence of graduating nursing students and factors related to it. *Nurse Education Today*. 2014;34(5):795-801.
5. Kajander-Unkuri S. Nurse competence of graduating nursing students. [Doktora Tezi]. Finlandiya: *Annales Universitatis Turkuensis*; 2015.

SB13. EBEVEYNLERİNDE RUHSAL BOZUKLUK OLAN ÇOCUKLARIN RUH SAĞLIĞI YÖNÜNDE DEĞERLENDİRİLMESİ: SİSTEMATİK DERLEME

Gülhan Küçük Öztürk¹, Dilek Cilasun²

¹*Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Nevşehir*

²*İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi*

Giriş: Dünya Sağlık Örgütüne göre ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaygınlığı ve sıklığı artmaktadır. Dünyada her dört kişiden biri yaşamı boyunca ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme olasılığı ile karşı karşıyadır. Dünya genelindeki çocukların %15-23'ü ruhsal bozukluğu olan bir ebeveyn ile yaşamaktadır. Bu çocukların da yaklaşık %50'sinin ruh sağlığının bozulma riski vardır. Bu yazında ebeveynlerinde ruhsal bozukluk olan çocukların ruh sağlığı ile ilgili yapılan çalışmaları gözden geçirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma Eylül - Ekim 2019'da ruhsal bozukluğu olan ebeveynler ve çocuklarıyla ilgili yapılan çalışmaların taranmasıyla yapılmıştır. Google akademik, Ulusal Tez Veri Tabanı, ULAKBİM, Science Direct, PubMed, elektronik veri tabanları "Ruhsal bozukluğu olan ebeveyn", "Ruhsal bozukluğu olan anne-baba", "Ebeveynlerinde ruhsal bozukluk olan çocuklar", "Ebeveynlerinde ruhsal bozukluk olan ergenler" gibi anahtar kelimeler kullanılarak taranmıştır. Tarama yapılırken Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler kullanılmıştır. Elektronik arama ile tam metnine ulaşılabilen tanımlayıcı, kesitsel, randomize kontrollü çalışmalar ve sistematik derlemeler incelemeye dahil edilmiştir.

Bulgular: Ebeveynlerinde ruhsal bozukluk olan çocuklar birçok riskle karşı karşıya kalmaktadır. Çalışmalarda ebeveynlerindeki ruhsal bozukluğun çocukların tüm yaşamını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir. Baş etmede güçlük yaşayan çocukların çeşitli yoğun duygusal tepkiler verdikleri bildirilmiştir. Çalışmalarda ebeveynlerdeki ruhsal bozukluk nedeniyle çocukların duygusal yük yaşadığı, sorumluluklarının arttığı, ebeveyn rolü üstlenmek zorunda kaldıkları, ekonomik zorluklar yaşadıkları, damgalandıkları vs. birçok sorun belirtilmiştir. Dolayısıyla bu çocuklar hem çocukluk döneminde hem erişkinlik döneminde ruhsal bozuklukların gelişmesi açısından yüksek riskli gruptur.

Sonuç: Ruhsal bozukluğu olan ebeveyn/ebeveynlerin bulunduğu ailelerdeki çocukların ruh sağlığının korunmasında ruh sağlığı ekibinin önemli bir üyesi olan psikiyatri hemşirelerinin büyük rolü vardır. Çünkü birey, aile ve toplum düzeyindeki üçlü ilişkiyi yakından izleme imkanına sahiptir. Psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan ebeveynlerin yanı sıra, özellikle ailesinde ruhsal bozukluğu olan çocukları desteklemesi gerekir. Ebeveyninde ruhsal bozukluk olan çocukların düzenli takip edilmeleri, bütüncül değerlendirilmeleri ve bu alandaki alanyazına daha fazla sayıda çalışma kazandırılması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: ruhsal bozukluğu olan ebeveyn, çocuklar, psikiyatri hemşireliği

Kaynaklar

1. Leijdesdorff S, Van Doesum K, Popma A, Klaassen R, Van Amelsvoort T (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4): 312-317.
2. Reupert AE, Kowalenko NM (2013). Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *The Medical Journal of Australia*, 199(3 Suppl): 7-9.
3. Mahoney L (2010). Children living with a mentally ill parent: The role of public health nurses. *Nurs Prax N Z*, 26: 4-13.

**SB14. ŞİZOFRENİ YELPAZE BOZUKLUKLARINDA UZUN ETKİLİ
ANTİPSİKOTİK KULLANIMINDA TEDAVİYE UYUMUN
DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA**

Hilmi Yaşar¹, Duygu Esen¹, Mustafa Yıldız¹

*¹Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı, Kocaeli*

Giriş: Psikotik bozukluğu olanlarda hastalıklarıyla ilgili içgörü eksikliği, genellikle uzun süreli ilaç kullanımına uyumu güçleştirmektedir. İlaç tedavisine uyum sorunu olan hastalarda tedaviyi sürdürmek için birinci ve ikinci kuşak antipsikotiklerin uzun etkili formları geliştirilmiştir. Çalışmalar, uzun etkili antipsikotik ilaçların (UEAPİ), hastaların tedaviye devam etme oranlarını iyileştirdiğini ve oral formlara kıyasla yeniden hastaneye yatış riskini % 20-30 oranında azalttığını bildirmiştir. Psikotik bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için üretilmiş olan UEAPİ'in uyum açısından birbirleriyle karşılaştırılması önem arz etmektedir. Atipik antipsikotiklerin tipik antipsikotiklere göre tedaviye uyum açısından üstün olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra farklı olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır: Tipik ve atipik UEAPİ kullanan hastalarda tedavi yanıtının sürdürülebilirliğini araştıran bir çalışmada iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamış ve ilaç seçiminin yan etki profili, hastanın kabul ettiği tedavi ve maliyete göre yapılması gerektiği belirtilmiştir. Birinci jenerasyon uzun etkili antipsikotikler ve paliperidon, risperidon uzun etkili antipsikotiklerin şizofreni hastalarında nüks önlemeye etkisini araştıran, ortalama 52 haftalık süresi olan çalışmalarla ilgili bir meta analizde nüks riskini azaltma açısından tüm ilaçların plaseboya üstün olduğu ancak istatistiksel olarak hiçbir ilaç grubunun plaseboya üstün olmadığı, ziklopentiksol kullananlarda tolere edilemeyen yan etki veya diğer nedenlere bağlı tedaviyi bırakma oranının en düşük olduğu belirtilmiştir. Risperidon enjeksiyonu ile uzun etkili haloperidol tedavisinin karşılaştırılmasında risperidon ile tedavi uyumunun daha iyi olduğu, daha düşük psikiyatri servisine yatma oranına sahip olduğu, takipte kalmanın daha iyi olduğu, acil başvuru sayısının daha az olduğu bulunmuş ama ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Aynı zamanda her iki hasta grubunda da çoğu hastanın UEAPİ'yi ilk bir yıl içinde bıraktığı gözlenmiştir. Paliperidon palmitat ve haloperidol, risperidon, olanzapin UEAPİ kullanan hastaların tedavi devamlılığını araştıran bir çalışmada paliperidon kullanan hastaların daha uzun süre tedaviye devam ettiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada önceden UEAPİ kullanım öyküsü olanlarda tedaviye devam etme oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aripiprazol, paliperidon ve risperidon UEAPİ kullanan hastalarla yapılan bir çalışmada klinik şiddeti hafif olan hastalar arasında aripiprazol kullananların tedavide kalma süresinin daha uzun olduğu, hastane yatış süresinin daha kısa olduğu belirtilirken, klinik şiddeti orta-ağır olan hastalar arasında aripiprazol kullananlarda tedavide kalma süresinin daha kısa olduğu, hastanede yatış süresinin daha uzun olduğu belirtilmiş ve tedavide ilaç seçiminde hastanın klinik şiddetinin göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır. Çoğunluğunu risperidon ve paliperidon kullananların oluşturduğu, aylık ve ayda iki kere uygulanan uzun etkili atipik antipsikotiklerle ilgili 24 aylık bir izlem çalışmasında İlk 12 aylık takip sırasında tedavi uyumunun aylık enjeksiyon kullananlarda (aripiprazol, paliperidon) ayda iki kere kullananlara (risperidon) göre daha yüksek olduğu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuş. Türkiye'de farklı UEAPİ kullanan

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

hastalarda tedavi uyumunu değerlendiren karşılaştırmalı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı UEAPİ kullanan hastalarda tedaviye uyumun retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

Yöntem: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde 2014-2018 yılları arasında şizofreni (n=45), şizoaffektif bozukluk (n=19) ve sanrılı bozukluk (n=16) tanıları ile tedavi gören hastalar geriye dönük olarak poliklinik kayıtları incelenerek tedaviyi bırakma nedenleri açısından değerlendirildi. Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı(N:2017/139), bu çalışma için hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmasına gerek yoktu.

Bulgular: 4 yıllık dosya taramasında 80 hastanın UEAPİ kullandığı saptandı. Hastaların %63'ü erkek, %78'i işsiz, yaş ortalaması 41, eğitim yılı ortalama 10 ve hastalık süresi ortalama 15 yıl idi. Hastaların 17'si (%21) haloperidol, 40'ı (%50) paliperidon ve 23'ü (%29) aripiprazol kullanıyordu. Ortalama kullanım süresi haloperidol için 23, paliperidon için 26 ve aripiprazol için 11 ay idi. UEAPİ kullanımını bırakma oranı haloperidol kullananlarda %18 (n=3), paliperidon kullananlarda %35 (n=14) ve aripiprazol kullananlarda %26 (n=6) idi. En yüksek tedaviyi bırakma oranı paliperidon kullananlarda görülmesine rağmen, bırakma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.393). Tedaviyi bırakma nedenleri haloperidol kullananlarda yan etki (n=2), içgörüsüzlük (n=1), paliperidon kullananlarda etkisizlik (n=2), yan etki (n=1), içgörüsüzlük (n=4), bilinmeyen nedenler (n=7) ve aripiprazol kullananlarda etkisizlik (n=3), içgörüsüzlük (n=3) olarak saptandı. Her üç ilacı kullanan hastalarda cinsiyet, eğitim yılı ve hastalık süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, hastalık tanısı açısından anlamlı bir fark vardı. Haloperidol kullanan hastaların %88'si şizofreni hastasıydı (p=0.010). UEAPİ kullanım süresi en kısa olan ilaç aripiprazol idi ve kullanım süreleri arasında anlamlı bir farklılık vardı (p=0.031). Antikolinergik ilaç kullanımını en çok haloperidol kullanan hastalarda mevcuttu.

Sonuç: Çalışmanın sonuçları UEAPİ kullanan hastalarda tedaviye uyum açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da paliperidon kullananlarda ilaç bırakma oranının daha yüksek olması da uzun takip süresine bağlanabilir. Pilon ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada paliperidon dahil tüm hasta grubunun % 75'den fazlasının 24 ay sonunda tedaviyi bıraktığı görülmüş, aslında bizim çalışmamızda en yüksek tedaviyi bırakma oranı paliperidon grubunda olsa bile 26 ay sonunda tedaviyi bırakma oranı %35 olarak gerçekleşti. Bir gözden geçirmede 6 aylık takip süresince aripiprazol aylık enjeksiyon kullanan hastalarda tedaviyi bırakma olasılığı %19.2 olarak belirtilmiş, bizim çalışmamızda 11 ay sonunda aripiprazol UEAPİ tedaviyi bırakma oranı % 26 idi. Aripiprazol, paliperidon aylık enjeksiyon ve risperidon ayda iki kere yapılan enjeksiyon kullanan hastaları karşılaştıran bir çalışmada her iki gruptaki hastaların %60'tan fazlasının 12 ay sonunda, %75'inden fazlasının 24 ay sonunda ilaçlarını bıraktığı gözlenmiş. Tedavi uyumu ve takipte kalma süresinin aylık enjeksiyon kullanan grupta daha iyi olduğu, hastane kaynaklarını kullanma oranının daha düşük olduğu, maliyet açısından her iki grubun benzer olduğu bildirilmiş. Aripiprazol ve paliperidon grubunda etkisizlik nedeniyle tedavinin sonlandırıldığı hastalar mevcutken haloperidol grubunda etkisizlik nedeniyle tedavisi sonlandırılan hasta yoktu. Diğer yandan aripiprazol ve paliperidon kullananlarda yan etki nedeniyle tedaviyi bırakma saptanmazken haloperidol tedavisini bırakan üç hastadan ikisi yan etki nedeniyleydi. Antikolinergik kullanımının en çok

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

haloperidol kullanan grupta olduğu saptandı, bu durum literatür ile de uyumluydu. Kliniğimizde uzun etkili antipsikotik ilaç kullanımı piyasada bulunan her üç ilaç için de uygun oranlarda idi. Aripiprazolün uzun etkili enjeksiyon formu görece yeni olarak piyasaya verildiği (2015) için ortalama 11 aylık bir kullanım süresiyle diğer ilaçlara (haloperidol 23 ay, paliperidon 26 ay) göre daha kısa süre kullanılan ilaç olarak saptandı. Günlük pratikte uzun etkili ilaçların uygulama kolaylığı önemli bir avantaj sağlamakla birlikte yaklaşık 1 yılda hastaların dörtte birinin çeşitli nedenlerle bu tedaviyi bıraktıkları görülmektedir. Bu da UEAPİ kullanımında bile tedaviye uyumu artırmaya yönelik ek ruhsal toplumsal girişimlere gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: şizofreni, uzun etkili antipsikotik, paliperidon

Kaynaklar

1. Anderson JP, Icten Z, Alas V, Benson C, Joshi K. Comparison and predictors of treatment adherence and remission among patients with schizophrenia treated with paliperidone palmitate or atypical oral antipsychotics in community behavioral health organizations. *BMC Psychiatry*, 2017;17:346.
2. Tiihonen J, Mittendorfer-Ruiz E, Majak J, Mehtala J, Hoti F, Jedenius E, Enkusson D, Leval A, Sermon J, Tanskenan A, Taipale H. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:686–93.
3. Stone J.M, Roux S, Taylor D, Morrison P.D. First-generation versus second-generation long-acting injectable antipsychotic drugs and time to relapse. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 2018; Vol. 8(12) 333–336.
4. Nerapusee O, Chinthammit C, Romyen C, Pangjunhom M, C. Malone D, Sakulbumrungsil R. Long-acting injectable antipsychotics in patients with schizophrenia: systematic review and mixed treatment meta-analysis. *Asian Biomedicine*,2015; Vol. 9 No. 6 December 741 – 750.
5. Wu CS, Cheng IC, Feng J, Chen CL. Comparison of treatment effectiveness and medical costs for different long-acting injectable antipsychotics in patients with schizophrenia in Taiwan: A nationwide population-based cohort study. *Schizophrenia Research*, 2016;173:37–44.
6. Decuypere F, Sermon J, Geerts P, Tom R. Denee, Vos C.D, Malfait B, Lamotte M, Mulder C.L. Treatment continuation of four long-acting antipsychotic medications in the Netherlands and Belgium: A retrospective database study. *Plos One*, 2017; 12(6).
7. Suzuki H, Hibino H, Inoue Y, Takaya A. Comparisons of the effects of second-generation antipsychotics long-acting injections on treatment retention according to severity of patient condition. *Asian Journal of Psychiatry*, 2018; 37 64–66.
8. Pilon D, Alcusky M, Xiao Y, Thompson-Leduc P, Lafeuille M.H, Lefebvre P, Benson C. Adherence, persistence, and inpatient utilization among adult schizophrenia patients using once-monthly versus twicemonthly long-acting atypical antipsychotics. *Journal of Medical Economics*, 2018; 21:2, 135-143.
9. Majer I.M, Gaughran F, Sapin C, Beillat M, Treur M. Efficacy, tolerability, and safety of aripiprazole once-monthly versus other long-acting injectable antipsychotic therapies in the maintenance treatment of schizophrenia: a mixed treatment comparison of double-blind randomized clinical trials. *Journal of Market Access & Health Policy*, 2015; 3: 27208
10. Yuan Yu H, Hsiao C.Y, Chen K.C, Ting Lee L, Chang W.H, Chi M.H, Lee I.H, Chen P.S, Yang P.K. A comparison of the effectiveness of risperidone, haloperidol and flupentixol long-acting injections in patients with schizophrenia—A nationwide study. *Schizophrenia Research*, 2015; 169: 400–405.

SB15. CİNSEL KİMLİK HUZURSUZLUĞU VE İNTİHAR RİSKİ OLAN BİR ADÖLESANDA RUHSAL İYİLEŞTİRME: BİR OLGU SUNUMU

Kamuran Özdi¹, Gülhan Küçük Öztürk¹, Zeynep Ceran²

¹Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir

²Hemşire

Giriş: Cinsel kimlik, kişinin kendi bedenini ve benliğini belli bir eşeylik içinde algılayışı, kabullenışı, duygu ve davranışlarında buna uygun biçimde yönelişidir. Cinsel kimlik huzursuzluğu, kişinin biyolojik cinsiyetinden ya da cinsel rolünden devamlı bir şekilde rahatsızlık duyması ile olarak tanımlanmaktadır. DSM V’te cinsel kimlik bozukluğu yerine cinsel kimlik huzursuzluğu ifade tercih edilmiştir. Aynı şekilde ICD-11’de konu ruhsal bozukluklar grubundan çıkarılarak cinsiyet uyumsuzluğu başlığı altında cinsel sağlık ile ilgili durumlar arasına alınmıştır. Bu ifadeler daha önce kullanılan tanımlamayla ilişkili damgalamayı ve duygusal bileşen vurgusunu en aza indirmek için kabul edilmiştir. Cinsel kimlik gelişimini açıklayan kabul görmüş tek bir model yoktur. Biyolojik, çevresel / sosyal, bilişsel öğelere farklı ölçüde ağırlık veren modeller önerilmiştir. Tedavisi ise karmaşık bir süreçtir. Bireylerin kapsamlı danışmanlık ve psikoterapi sürecinden geçmesi, cerrahi tedaviden önce kişinin en az bir yıldır taşınmak istediği cinsiyet rolünde yaşaması gerekir. Bu çalışmada, cinsel kimlik huzursuzluğu belirtileri gösteren 17 yaşındaki erkek bireye hemşirelik bakımı ile yapılan ruhsal iyileştirme girişimlerinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Olgu 2018-2019 Eğitim Öğretim yılında bir üniversitenin toplum ruh sağlığı ve halk sağlığı hemşireliği uygulaması kapsamında son sınıf hemşirelik öğrencisi, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ile halk sağlığı hemşireliği öğretim elemanları danışmanlığında altı ay süre ile takip edilmiştir. Çekirdek aile yapısındaki parçalanmış ailenin kadın üyeleri (anne, anneanne ve kız kardeş) 17 yaşındaki A’ya yardım edilmesini istemiştir. Evde anneanne, anne ve bir kız ve bir erkek olmak üzere toplam dört kişi yaşamıştır. Baba ve dede çocukların bebeklik çağında ölmüş ve çocuklar iki kadın ebeveyn ile büyümüştür. Annenin ifadesine göre; A 17 yaşında toplum tarafından dışlanan, şiddete maruz kalan, arkadaş çevresi olmayan, evden dışarı çıkmayan ve okul başarısı düşük olan bir çocuktur. Anne A’nın giyim tarzından ve saç şekline dolaylı eşcinsel olarak nitelendirildiğini, insanların sokakta ya da herhangi bir yerde onunla dalga geçtiklerini ifade etmiştir. Şiddet olayında ise 30’lu yaşlarda dört erkek birey tarafından hakaret edilerek darp edildiğini, bu olay sonucunda burnunun kırıldığını söylemiştir. A. ile yapılan görüşmede ise kaygılarının olduğu ve konuşmaktan kaçındığı gözlemlendi. Annesinin anlattığı konular hakkında konuşmak istenildiğinde ise "*Gerçekten bana yardımcı olabilecek misiniz? Eğer ben eşcinselsem kendimi öldürürüm, böyle bir utançla yaşayamam. Ben daha erkek mi kız mı olduğumu bilmiyorum...*" şeklinde ifadesi olmuştur. Ailenin ifadeleri de vaka izleminde önemlidir. Annenin "*A çocukluğundan beri bebek oyuncaklarla, kızlarla evcilik oynardı. Pasta kek yapmayı severdi. Biraz büyüdüğünde doğum günü kutlamalarında kadın kıyafetleri giyerek dansöz gibi oynardı ve hepimiz bundan çok keyif alırdık*" şeklinde ifadeleri olmuştur. Anneanne ise "*Bir gün telefonunda erkeklerle aşk dolu mesajlarını okuduk. Mesajlarda başka biriyle kaçacağını okuyunca engel olduk. Lütfen torunuma yardım edin, ne gerekiyorsa yapalım. Mesleğini eline alıp kendi ayakları üstünde durana kadar yanındayım. Sonra nasıl isterse yaşasın o benim canım herşeyim*" demiştir.

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

Ruhsal Değerlendirme: A. dış görünüşü yaşına, mevsime uygun ancak yaşadığı sosyal çevre tarafından kabul görmeyecek kadar uzun tişört vb. kıyafetler tercih etmektedir. Konuşma sırasında göz teması kurmaktan kaçınan ve ses tonu sakin olan A, sorulara net cevaplar vermektedir. Günlük yaşamında çevresinden aldığı tepkiler nedeniyle anksiyete yaşadığını ifade etmiştir. Yaşadığı şiddet olayından sonra geceleri korkarak uyanmaya başladığını dolayısıyla uyku sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Yine şiddet olayından sonra günde bir paketten fazla sigara kullandığını belirtmiştir. Cinsel kimliği ile ilgili yaşadığı bilinmezlikten kurtulmak istediğini, kendine karşı öfkeli olduğunu ve kendini öldürmek istediğini ifade etmiştir. Bu olaylardan sonra hızla kilo vermiştir. Arkadaşları ve öğretmenleri ile sosyal etkileşimde bozulma olmuştur. Anneanne ve annesiyle sürekli çatışma yaşayan A, zaman zaman 14 yaşındaki kız kardeşiyle iletişim kurduğunu belirtmiştir.

Yapılan Girişimler: Olgu için yapılan altı ay izlem sürecinde yapılan girişimle şunlardır:

1. Cinsel kimlik huzursuzluğu olan adölesanlarda okul reddi gibi uyum sorunları görülebileceği gibi, bu dönem intihar riski dahil ciddi anksiyete, depresyon ve benzeri ruhsal bozukluklar olabilir (Cohen-Kettenis and Pfäfflin, 2003). Literatür bilgisiyle uyumlu şekilde olgudaki A'nın kendini öldürmek istediğini ifade etmesi üzerine çocuk psikiyatrisi hekimiyle görüşme sağlandı. Majör depresyon tanısı konularak tedavi süreci başlatıldı.

2. Cinsel kimlik huzursuzluğu olan adölesanların özellikle aile ve okul çevresinin desteğine gereksinimi vardır (Yüksel ve ark., 2017). Bu nedenle okuldaki öğretmenler ile görüşme sağlanarak A'nın yaşadığı süreç konusunda bilgilendirme yapıldı ve destekleri istendi. Edebiyat öğretmeni A'nın tuhaf bir çocuk olduğunu, bu yüzden dolayı dışlandığını, babasının olmamasının A'nın hareketlerine yansıdığını ve evdeki herkesin bayan olmasının davranışları üzerinde etkisinin olduğunu belirtmiştir. Takibinde öğretmenlere cinsel kimlik konusunda ve A'nın iyileştirme sürecinde desteklerinin önemi konusunda eğitim verildi.

3. Cinsel kimlik huzursuzluğu olan adölesanlar da sık rastlanan sorunlar olarak depresyon, anksiyete, madde kullanımı, kendine zarar verme davranışı, yeme bozukluğu ve benzer sorunlar görülmektedir (Coleman et. al., 2012). A yeterli ve dengeli beslenmediğini ve hızla kilo verdiğini ifade etmesi üzerine anne ile birlikte beslenme planı hazırlandı. Kilo kaybını önlemek için anneye hazırlayabileceği örnek menüler anlatıldı. Yapılan izlemlerde annenin günlük öğünleri düzenli olarak hazırladığı, A'nın iştahının açıldığı ve kilo almaya başladığı görüldü.

4. Cinsel kimlik huzursuzluğu sürecinin her basamağında önemli rol oynayan ruh sağlığı profesyonellerinin bilgilendirici ve destekleyici olması gerekir. Ailenin baş etme sürecinde uzman desteğinin önemli etkileri olabilmektedir. Bu nedenle aile üyelerine ve A'ya cinsel kimlik huzursuzluğu konusunda bilgilendirme ve danışmanlık yapıldı.

5. Cinsel kimlik huzursuzluğunun sosyal, yasal, psikolojik, tıbbi boyutları vardır. Farklı uzmanlık alanlarıyla iş birliği yapılmalıdır. Bu nedenle bir üniversite hastanesinin pediatrik endokrinoloji bilim dalında yapılan muayene ve laboratuvar sonuçları olan 'erkek, puberte evre-5 lehine değerlendirildiği ve herhangi bir endokrin patoloji saptanmadığı' bilgisi A'ya ve ailesine açıklandı.

3. Ruhsal İyileştirim Kongresi Özet Kitapçığı

6. Sigara bağımlılığı konusunda akran desteği sağlandı. A'nın iyi olduğu resim, müzik, ingilizce gibi alanlara dikkati çekilerek içtiği sigara sayısını oldukça azaltması sağlandı. Katıldığı sosyal aktiviteler aynı zamanda A'nın uykusunu da olumlu yönde etkilemiştir.

Sonuç: Cinsel kimlik huzursuzluğu olan adölesanlara uygun psikososyal ve tıbbi yaklaşım sunulduğunda yaşam kalitesine, intihar riskinin azaltılmasına ve ruhsal bozuklukların önlenmesine katkısı olduğu bilinmektedir. Yapılan girişimler sonucunda A'nın kendisine öfkesinin belirgin düzeyde azaldığı, ailesi, arkadaşları ve öğretmenleri ile iletişim kurmaya başladığı, derslerinde başarılı, sosyal bir genç olmaya çalıştığı görülmüştür. Hatta okulun spor takımına katılmıştır. Arkadaşlarıyla müzik yapmaya başlamış, spora olan ilgisi insanlar tarafından takdir görmüş ve A'nın özgüveni tekrar yerine gelmiştir. Bu değişimler A ve ailesini olumlu yönde etkilemiştir. Sonuç olarak adölesan dönemde cinsel kimlik huzursuzluk belirtileri gösteren birinin sağlık profesyonelleri tarafından uzun süre izlemi ve aile üyelerinin dahil edilerek yapılan ruhsal iyileştirme girişimlerinin etkili olduğu görülmektedir.

Anahtar sözcükler: cinsel kimlik huzursuzluğu, adölesan, iyileştirme, hemşirelik

Kaynaklar:

1. Çam, O., Engin, E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi. 2014.
2. Fisk, NM. Gender dysphoria syndrome- the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. West J Med, 1974; 120:386-391.
3. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 2013.
4. World Health Organization. International Classification of Diseases (11th version).<http://id.who.int/icd/entity/90875286>. 2018.
5. Townsend, M.C. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları. (Çeviri editörleri: Doç. Dr. Celale Tangül ÖZCAN, Doç. Dr.Nermin GÜRHAN). Akademisyen Tıp Kitabevi, 6. Baskı, Ankara.2016
6. Shechner, T. Gender identity disorder: a literature review from a developmental perspective. Isr J Psychiatry Relat Sci, 2010; 47(2), 132-138.
7. Steensma, T. D., Kreukels, B. P., de Vries, A. L., & Cohen-Kettenis, P. T. Gender identity development in adolescence. Hormones and behavior, 2013; 64(2), 288-297.
8. Cohen-Kettenis, P. T., Pfäfflin, F. Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence: Making choices,2003; Vol. 46.
9. Yüksel, Ş., Aslantaş Ertekin, B., Öztürk, M., Bıkmaz, P. S., & Oğlağı, Z. A Clinically Neglected Topic: Risk of Suicide in Transgender Individuals. Arch Neuropsychiatry, 2017; 54(1), 28-32
10. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Monstrey, S. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. International journal of transgenderism, 2012; 13(4), 165-232.

SB16. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE SİBER MAĞDURİYET YAYGINLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Kerem Cuşkun¹, Özlem Yıldız Gündoğdu²

¹*Kocaeli Üniversitesi, Ruhsal Rehabilitasyon AD, Kocaeli*

²*Kocaeli Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Kocaeli*

Giriş: DEHB olgularında hiperaktivite ve dürtü kontrol problemleri söz konusu olduğundan internet bağımlılığına daha yatkın oldukları yapılan araştırmalarda belirtilmektedir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan olguların kontrol gruplarına kıyasla internet bağımlılığı toplam puanlarının daha yüksek olduğu ve DEHB şiddeti arttıkça internet bağımlılığı toplam puanlarında da artış olduğu bildirilmiştir. Yapılan araştırmalarda DEHB tanısı alan bireylerin zorbalık ve mağduriyet açısından daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir. Bununla beraber, zorbalık genellikle siber zorbalıkla da ilintilidir. Bundan dolayı, DEHB'si olan ergenlerin siber mağduriyet riskleri daha fazla olabilmektedir.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini 67 DEHB tanısı konan ergen ve 67 sağlıklı kontrolden oluşmaktadır. Sosyodemografik Bilgi Formu, Siber Mağduriyet Ölçeği, İnternet Bağımlılığı Ölçeği, İnternette Bilişsel Durum Ölçeği aracılığıyla bilgiler katılımcılardan toplanmıştır. Gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olan nümerik değişkenler için Student-T Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi ile, normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için ise Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri ile belirlendi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare analizi ile değerlendirildi. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkiler ise Sperman ve Pearson korelasyon analizi ile belirlendi.

Bulgular: DEHB grubundaki olguların %50,7'si siber mağdur, %42,5'inin problemlili internet kullanıcısı olduğu saptanmıştır. DEHB grubu ve kontrol grubu İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ) ve İnternette Bilişsel Durum Ölçeği (İBDÖ) toplam puanları ve alt ölçek ortalamaları istatistiksel açıdan karşılaştırıldığında; yalnızlık/depresyon dışında DEHB grubunun puan ortalamalarının kontrol grubundan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. DEHB ve kontrol grubu arasında Siber Mağduriyet Ölçeği ortanca puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Siber Mağduriyet Ölçeği ile İnternet Bağımlılığı Ölçeği ve İnternette Bilişsel Durum Ölçeği toplam puan ve alt ölçek toplam puanları arasında yalnızlık/depresyon ve azalmış dürtü kontrolü alt ölçekleri hariç zayıf düzeyde pozitif ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: DEHB tanısı alan ergenler ve sağlıklı kontrollerin siber mağduriyet yaygınlığı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. İBÖ ve İBDÖ toplam puanları karşılaştırıldığında DEHB olan ergenlerin internet bağımlılığına daha yatkın olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarımızın alanyazını ile uyumlu olduğu söylenebilir. Araştırmamız DEHB'de internet bağımlılığı ve sadece siber mağduriyete birlikte vurgu yapan ilk araştırmalardan olması nedeniyle önem taşımaktadır.

Anahtar sözcükler: DEHB, siber mağduriyet, internet bağımlılığı

Kaynaklar:

1. Dalbudak E, C. Evren. The relationship of Internet addiction severity with Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms in Turkish University students; impact of personality traits, depression and anxiety. *Comprehensive psychiatry*. 2014; 55(3): 497-503.
2. Hinduja S, Patchin J. W. Cyberbullying: An exploratory analysis of factors related to offending and victimization. *Deviant Behavior*. 2008; 29(2): 129-156.
3. Holmberg K, Hjern A. Bullying and attention-deficit–hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2008; 50(2): 134-138.
4. Weinstein A, Yaacov Y, Manning M ve diğ. Internet addiction and attention deficit hyperactivity disorder among schoolchildren, *Journal of IMAJ*. 2015; 17: 731-734.
5. Yen CF, Ko CF, Yen SH ve diğ. Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: Comparison with substance use. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*. 2008; 62(1): 9-16.

SB17. TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ'NDEN HİZMET ALAN PSİKİYATRİ HASTALARININ AİLE İŞLEVLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Melike Ertem¹, Jülide Gülizar Yıldırım Duman¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir

Giriş: Kişilerarası ilişki sorunlarının, bağımlılığın, rol ve güç çatışmalarının yoğun yaşandığı bir ortam olan "işlevsel olmayan ailenin kendisi bir stres etkeni olarak hastalık belirtilerinin sürmesine ve pekişmesine neden olmaktadır". Bu nedenle Toplum Ruh Sağlığı Hemşireleri tarafından psikiyatri hastalarının ailelerinin değerlendirilmesi, rehabilitasyon planı oluşturulmasında büyük önem taşımaktadır. Araştırma, bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan psikiyatri hastalarının aile işlevlerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, 2018 Ekim-Aralık aylarında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evren ve örneklemini; Türkiye'deki bir Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, en az 6 aydır düzenli (en az haftada bir) devam eden hastaların primer bakım vermeye sorumlu bir aile üyesi çalışma kapsamına alınmıştır. Araştırma için ilgili kurum onayı ile ailelerden araştırmaya katılımları için sözel onam alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, aile üyelerine "Sosyodemografik Bilgi Formu" ile aile işlevlerinin ne derecede yerine getirilebildiğini belirleyip sorun alanlarını ortaya çıkaran bir ölçüm aracı olan "Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)" kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortancası 55.00 ± 12.70 (aralık, 19-81 yaş), 29'u kadın olmak üzere 52 kişi katılmıştır. Bakım vericilerin %51.9'unun ilköğretim mezunu, %86.5'inin evli, büyük bölümünün anne (%44.2) ve baba (%26.9) olduğu ve sadece %32.7'sinin yeterli sosyal desteğe sahip olduğu saptanmıştır. Ölçek toplam puanı ve alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; Ölçek toplamı ile roller, duygusal tepki, ilgi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar alt boyutları arasında çok ileri düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < .001$).

Sonuç: Çalışmadan elde edilen bulgular, Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet almakta olan hastaların primer bakım vericilerinin sahip oldukları aile işlevlerinin genel olarak sağlıklı sürdürüldüğünü göstermekle birlikte, iletişim, roller, duygusal tepki verme, davranış kontrolü alt boyutlarının sağlıklı olarak sürdürüldüğü saptanmıştır. Psikiyatrik tanı hastalara bakım verenlerde aile işlevlerini desteklemek için bakım vermeye olan kişilerin hastalık ve aile işlevleri hakkında eğitilmesi, aile içi iletişim becerilerine, rollere ilişkin ve davranış kontrolüne yönelik planlamaların yapılması ve danışmanlık verilmesi önemlidir.

Anahtar sözcükler: psikiyatri hastaları, aile işlevleri, toplum ruh sağlığı

Kaynaklar

1. Wood BL. Beyond the "psychosomatic family": A biobehavioral family model of pediatric illness. *Family Process*, 1993, 32:261-278.
2. Fisher L, Weihs K.; "Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? Report of the National Working Group on Family-Based Interventions in Chronic Disease". *J Family Practice*, 2000, 49:561-566.
3. Taktak Ş, Erkıran M, Özeren M ve ark.; Şizofren olgularda aile işlevselliğinin algılanması, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi üzerine bir çalışma. 36. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, 2000, 143-147.
4. Şizofrenide aile yükü, aile işlevleri ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ortadoğu Medical Journal* 2019; 11(3): 294-302.

**SB18. EŞ ŞİDDETİ NEDENİYLE KONUKEVİNDE KALAN KADINLARIN
NÖROPSİKOLOJİK İŞLEVLERİNİN KARŞILAŞTIRILMALI
DEĞERLENDİRİLMESİ: KOCAELİ ÖRNEĞİ**

Merve İşıldar Attila¹, Aslıhan Özlem Polat Işık²

¹Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi, Psikolog, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi, Psikiyatri ABD, Kocaeli

Giriş: Şiddet tüm toplumlarda ve sosyoekonomik gruplardaki kadınları etkileyen, birçok fiziksel, ruhsal ve toplumsal sorunlara yol açan, toplumu ilgilendiren önemli bir sağlık sorunudur. Şiddete maruz kalma durumunun, nöropsikolojik işlevlerde bozulmalara yol açabilen TSSB ve depresyon gibi ruhsal hastalıkların etkisi dışında da bilişsel işlevleri olumsuz olarak etkileyip etkilemediğine ilişkin bilgi edinmek araştırmamızda amaçlanmıştır.

Yöntem: Kocaeli’de bulunan kadın konukevlerinde kalan eş şiddetine maruz kalmış olan 20 kadın ve şiddet yaşantısı olmayan 20 kadın çalışmaya alındı. Tüm katılımcılara klinik değerlendirme ve sonrasında ayrıntılı bir nöropsikolojik test bataryası uygulandı.

Bulgular: İki grubun eğitim düzeyi birbirine eşit olup, yaş ve diğer demografik bilgiler açısından gruplar arası fark yoktu. İki grup arasında nöropsikolojik test performansı açısından anlamlı bir fark saptandı ($p<.05$). Şiddet yaşantısı olan kadınların olmayanlara göre öğrenme, bellek, dikkat ve yürütücü işlevlerdeki performansı daha bozdu. Bununla birlikte şiddete maruz kalan kadınlar arasından TSSB, depresyon ve hem TSSB hem depresyon tanısını karşılayan kişilerin karşılamayanlara göre nöropsikolojik test performansında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Sonuç: Bu çalışma eş şiddetine maruz kalan kadınlarda nöropsikolojik işlevleri kapsamlı değerlendiren Türkiye’deki ilk kontrollü çalışmadır. Sonuçlar; şiddete maruz kalmanın nöropsikolojik işlevler üzerine bozucu etkisinin olduğunu göstermiştir.

Anahtar sözcükler: eş şiddeti, aile içi şiddet, nöropsikolojik işlevler, bilişsel işlevsellik.

Kaynaklar

1. Dursun B, Yıldız M. Şiddet görmüş kadınlarda örseleyici stres tepkileri ve yönetici zihinsel işlevler. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg.* Mayıs 2016; 2(2): 11-14.
2. Efe ŞY, Ayaz S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2010; 11: 23-29.
3. Jenkins MA, Langlais PJ, Delis D ve diğ. Learning and memory in rape victims with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 1998; 155: 278-79.
4. Stein MB, Kennedy CM, Twamley EW. Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 2002; 52(11): 1079-88.
5. Twamley EW, Allard CB, Thorp SR ve diğ. Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *J Int Neuropsychol Soc.* 2009; 15(6): 879-87.

**SB19. RADYOLOJİK İNCELEME ÖNCESİ HASTALARIN ANKSİYETE VE
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: RADYOLOJİK
TETKİKLERİN ROLÜ**

Özlem Türkoğlu¹, Özgür Maden²

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Radyoloji Servisi, İstanbul*

²*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Kliniği, İstanbul*

Giriş: Radyolojik tanısal non-invazif yöntemler, tanısal amaçlı olarak sık kullanılmakta ve bu yöntemlere karşı hastaların duygudurumları farklı olabilmektedir. Bu araştırmada, röntgenografi (RG), ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkiklerinin hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisi olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmaya, Mart 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Servisine başvuran 303 kişi katıldı. Katılımcılara, sosyodemografik veri formu, durumluk ve sürekli anksiyete değerlerini ölçen STAI-1 ve STAI-2 Ölçeği ile depresyon düzeylerini ölçen Beck Depresyon Envanteri uygulandı. İstatistiksel analizler için aritmetik ortalama, standart sapma ve oran; Kolmogorov Smirnov testi, t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Post Hoc analizler için Games-Howell testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $38,64 \pm 12,16$ 'ydı. Katılımcıların çoğunluğu üniversite ve üstü mezunu, evli ve çalışmıyordu; gelir durumları orta düzeydeydi. Radyolojik inceleme yöntemlerine göre, katılımcılardan %26,7'sine ($n=81$) RG, %23,8'ine ($n=72$) USG, %25,4'üne ($n=77$) BT, ve %24,1'ine ($n=73$) MRG işlemi yapıldı. Toraks, batin ve meme en fazla radyolojik inceleme istemi yapılan bölgelerdi. Genel cerrahi, göğüs hastalıkları, üroloji ve iç hastalıkları en fazla radyolojik tetkik isteyen kliniklerdi. Katılımcıların radyolojik inceleme öncesi depresyon ortalama puanları en yüksek BT, ($\bar{x}=19,06 \pm 11,11$), en düşük ise RG ($\bar{x}=12,30 \pm 7,25$); durumsal anksiyete ortalama puanları en yüksek USG ($\bar{x}=39,75 \pm 6,56$), en düşük ise RG ($\bar{x}=35,54 \pm 3,24$); sürekli anksiyete ortalama puanları en yüksek MRG ($\bar{x}=47,99 \pm 5,37$), en düşük ise RG ($\bar{x}=45,95 \pm 7,28$) yaptıran bireylerde görüldü. Röntgenografi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemlerinin hastaların depresyon ve durumsal anksiyete düzeyleri üzerinde etkili olduğu, ancak, sürekli anksiyete düzeyleri üzerinde etkisinin olmadığı saptandı.

Sonuç: Röntgenografi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri, radyolojik inceleme öncesi hastaların durumsal anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilemektedir. Bu alanda çalışan klinisyenler ile teknisyenlerin bu yöntemler hakkında hastalara kısa bilgi vermeleri, hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaltılmasında etkili olabilir.

Anahtar sözcükler: anksiyete, bilgisayarlı tomografi, depresyon, manyetik rezonans görüntüleme, röntgenografi, ultrasonografi.

**SB20. TÜRKİYE’DE CİDDİ RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREYLER VE
AİLELERİNE YÖNELİK PSİKOEĞİTİM ÇALIŞMALARI: SİSTEMATİK
İNCELEME**

Seda Attepe Özden¹, Seval Bekiroğlu¹

¹Başkent Üniversitesi, Ankara

Giriş: Psiko eğitim, ruhsal hastalıklara bağlı yeti yitimini azaltmak, birey ve ailelere hastalık ve baş etme yöntemleri hakkında bilgi vermek amacıyla ruhsal hastalıkların tedavisinde kullanılan eğitimsel yaklaşımlardır. Bu yaklaşımların hastalıklara bağlı semptomların azaltılmasında, birey ve ailenin güçlenmesinde önemli bir yeri olduğu bilinen bir gerçektir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de kronik ruhsal bozukluk tanısı almış bireylere ve/veya ailelerine uygulanan psiko eğitim çalışmalarının belirlemektir.

Yöntem: Türkiye’de kronik ruhsal bozukluk tanısı almış bireylere ve/veya ailelerine uygulanan programları belirlemek amacıyla Google ve Google Akademi veri tabanında “şizofreni”, “bipolar bozukluk”, “kronik ruhsal bozukluk”, “psiko eğitim”, “psikososyal müdahale” anahtar sözcükleri taranmıştır. Tarama sonucunda, 1904 makaleye/çalışmaya ulaşılmış, 17 sonuç değerlendirmeye alınmıştır. Değerlendirmeye alınan sonuçlar; kronik ruhsal bozukluk tanısı almış bireylere ve/veya ailelerine yönelik olması, online tam metnine ulaşılması ve psiko eğitimsel bir uygulamanın yer almasıdır. Derleme çalışmalar ve olgu sunumları çalışmanın kapsamı dışında bırakılmıştır.

Bulgular: Değerlendirme kapsamına alınan çalışmalardan 5’i dergi makalesi, 5’i doktora tezi, 3ü yüksek lisans tezi, 3ü tıpta uzmanlık tezi, 1i ise sözel bildiri sunumudur. Bu çalışmalarda ortalama örneklem sayısı 27,64’tür. Oturumların ortalama süresi 9,5 saat olup, en az süren 3 oturum, en çok süren 24 oturumdan oluşmuştur. Uygulanan psiko eğitimlerin içeriği eğitsel oyunlar, grup müdahaleleri, yaşam becerileri eğitimi gibi farklı yöntemlerden oluşmaktadır.

Sonuç: Uygulanan programların kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde sosyal işlevsellik, tedaviye uyum, yaşam kalitesi gibi alanlarda; bakım verenlerde ise sübjektif yük, baş etme yöntemleri, duygu dışavurumu, aile işlevselliği gibi alanlarda olumlu yönde etkide bulunduğu ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda Türkiye’de kısıtlı bir şekilde uygulandığı görülen bu programların yaygınlaştırılması tedaviye uyumun artırılması için son derece önemli olacaktır.

Anahtar sözcükler: Ciddi ruhsal hastalığa sahip birey, aile, şizofreni, bipolar bozukluk, psiko eğitim.

**SB21. TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDEN HİZMET ALAN CİDDİ
RUHSAL HASTALIĞA SAHİP BİREYLERİN ALGILADIKLARI SOSYAL
DAMGALANMANIN İNCELENMESİ**

Seval Bekiroğlu

Başkent Üniversitesi, Ankara

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü'nün (2011) de belirttiği üzere, dünyada en çok damgalamaya maruz kalan kesim; bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duyu durum bozuklukları gibi kronik seyreden ciddi ruhsal hastalığa sahip bireylerdir (CRH). Buradan hareketle bu çalışma, Ankara ili örneğinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden (TRSM) hizmet alan CRH'ye sahip bireylerin algıladıkları sosyal damgalanma düzeyini ve algıladıkları damgalanma ile sosyodemografik özellikleri, hastalık süreçleri, TRSM'den hizmet alma süreçleri ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini, Ankara ilinde bulunan 3 TRSM'den, en az 6 aydır hizmet alan, en az ayda bir olmak üzere merkeze düzenli gelen, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre ciddi ruhsal hastalıklardan birine ait teşhise sahip olan, ailesi ile beraber veya yalnız yaşayan ve araştırmaya gönüllü katılım sağlamak isteyen 138 CRH'ye sahip birey oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Sosyodemografik Veri Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Psikolojik Yardım Alma Nedeniyle Sosyal Damgalanma Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır.

Bulgular: CRH'ye sahip bireylerin algıladıkları sosyal damgalanmanın yüksek olmakla birlikte, erkeklerde kadınlara göre, birileri ile yaşayan bireylerde yalnız yaşayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). CRH'ye sahip bireylerin algıladıkları damgalanma ile özel bir insan desteği arasında negatif yönlü zayıf (-.255), arkadaş desteği (-.371) ve toplam sosyal destek puanı (-.362) arasında negatif yönlü orta kuvvetli anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Elde edilen bulgular, TRSM'lerce CRH'ye sahip bireylerin algıladıkları sosyal damgalanmayı azaltmaya yönelik planlanacak ve gerçekleştirilecek damga karşıtı uygulamalarda, toplumsal cinsiyet kavramına, yaşam biçimi farklılıklarına ve sosyal destek sistemlerinin varlığına önemle yer verilmesi gerektiğini vurgular niteliktedir.

Anahtar sözcükler: toplum ruh sağlığı merkezi, ciddi ruhsal hastalığa sahip birey, algılanan sosyal damgalanma.

Kaynaklar

1. World Health Organization. World report on disability. Geneva: WHO. 2011
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara. 2011

SB22. TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE HİZMET ALAN HASTALARIN ALGILADIKLARI HİZMET KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Selma Doğan¹, Sevcan Yüksek²

¹Üsküdar Üniversitesi, İstanbul

²Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli

Giriş: Sağlık kurumlarının verdiği hizmetlerin kalitesinin ölçülmesi; hizmet kalitesini artırması yönünde önemli bilgiler sağlayarak sağlık kurumlarının gelecekle ilgili planlar hazırlamasına, politika ve stratejilerini belirlemesine önemli katkı sağlamaktadır. TRSM'ler özellikle kronik psikiyatri hastalarının toplum içinde tedavi ve rehabilitasyonunu hedefleyen kurumlar olup yürütülen hizmetlerin etkinliğinin, niteliğinin değerlendirilmesi çalışmaların verimli olarak yürütülmesi için gerekliliktir. Bu gerekçe ile yapılan bu çalışmada, TRSM' lere devam eden hastaların sunulan sağlık hizmeti kalitesi ile ilgili görüşlerini değerlendirmek ve memnuniyet düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan beş ayrı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde, TRSM'lere kayıtlı olup düzenli devam eden 156 hasta ile yapılmıştır. Araştırma verileri, SERVQUAL Ölçeği' ve 'Kişisel Bilgi Formu' kullanılarak elde edilmiştir. Ölçeğin fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati olmak üzere beş alt grubu bulunmaktadır. Verilerin değerlendirmesinde ise t-testi, Mann-Whitney, ANOVA ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada, hastaların Servqual Ölçeği genel algı puan ortalaması X:4.51, beklenti puan ortalaması ise X:4.93 olarak bulunmuştur (En yüksek X:5). Buna göre hastaların TRSM' lerde yürütülen hizmetlerden genel olarak memnun oldukları, ancak beklentilerinin algılamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların hizmet kalite algıları ölçeğin alt boyutlarına göre incelendiğinde, özellikle TRSM' lerin fiziksel yapısından memnuniyet diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur. Hastaların beklentilerinin algılarına en yakın olduğu boyutlar ise çalışanların empatik, hevesli ve güvenilirliği boyutları olarak belirlenmiştir. Hastaların hizmet kalite algısının medeni durum ve aylık gelir durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, buna göre bekar ve gelir düzeyi orta ve iyi olanların hizmet kalite algılarının diğerlerinden düşük olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç: Hastaların genel olarak TRSM'lerde, özellikle personelin sunduğu hizmet ve yaklaşımlarından memnun oldukları, TRSM'lerin fiziksel özelliklerinin ise beklentilerinin altında olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar sözcükler: toplum ruh sağlığı merkezi, hizmet kalitesi, SERVQUAL ölçeği

Kaynaklar

1. Özkara, Y. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s:1, 2006. Antalya
2. Derin, N., Demirel, E.T. Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Göstergesi Olan Hasta Memnuniyetine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. International Journal of SocialScience,2013; 6(2):1111-1130.
3. Erşan, E. Türkiye'de Geçmiş ve Geleceği ile TRSM Uygulamaları. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Gizil Gücü. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2017; 18 (ek sayı 3):7.