

Psikiyatrik rehabilitasyonun toplum içinde uygulama örneği*

Orhan DOĞAN

Prof.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi, SİVAS

* Bu çalışmanın verileri daha önce yayımlanmıştır: Dogan S, Dogan O, Tel H, Coker F, Polatoz O, Dogan FB. Psychosocial approaches in outpatients with schizophrenia. Psychiatr Rehabil J 2004; 27:279-82.

GİRİŞ

Şizofreni etiyoloji, klinik belirtiler, gidiş, sonlanma gibi alanlarda çeşitli özellikleri nedeniyle birden çok tedavi yönteminin birlikte uygulanması gereken bir belirtiler kümesidir.^{1,2}

Antipsikotiklerin şizofreni belirtilerinin çoğunu azalttığı/ortadan kaldırdığı, uzun sürede depresme oranlarını düşürdüğü gösterilmiştir.³ Ancak ilaçlara iyi yanıt veren hastalarda bile toplumsal ilişkilerde sınırlılık, yaşam kalitesinde kötüleşme, bilişsel belirtiler, kalıntı belirtiler, iş kaybı ya da iş veriminde düşme görülebilmektedir.³

Şizofreni tedavisinde psikofarmakolojik girişimler pozitif, negatif, dezorganize, duygulanım belirtilerini ve bilişi hedefler. Psikososyal girişimler ise, kendine bakım yetersizliklerini, kötü yaşam kalitesini, kişilerarası ilişki sorunlarını, tedaviye uyumsuzluğu, işlev bozukluklarını, bağımlılığı, toplumsal ve mesleki becerileri hedefleyerek üretkenliğe temel hazırlar.⁴ Birçok şizofreni hastası kapsamlı ve sürekli bakım gerektirir.⁵

İyileşme, hastalıkla ilgili psikopatolojiden bağımsız olarak sosyal ve mesleki yönden işlev görebilme olarak kavramlaştırılır.⁶ Etkin tedavinin bileşenleri psikoeğitim, ilaç stratejileri, bakıcıya dayalı stres yönetme eğitimi, topluma dayalı yoğun tedavi, yaşam becerileri eğitimi, kalıntı belirtiler için özgül ilaç ve bilişsel-davranışçı stratejilerdir.^{7,8}

Şizofreni tedavisinde psikososyal yaklaşımların amaçları genel olarak şöyle özetlenebilir:^{9,10} 1. Şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidişi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim, 2. Belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma, 3. Erken tanı ve erken tedavi, 4. Aile içi ve kişilerarası ilişkileri geliştirme, 5. Aşırı duygu dışı vurumunu azalt-

ma, 6. Depreşmeyi önleme ya da azaltma, 7. Toplumsal işlevselliği artırma, 8. Toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma, 9. Gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlama, 10. Yaşam kalitesini artırma.

Çalışmanın amacı, şizofrenide psikotrop ilaç tedavisine ek olarak psikososyal yaklaşımların şizofreninin gidişini, sosyal özelliklerini ve aile işlevlerini nasıl etkilediğini araştırmaktır.

YÖNTEM

Örneklem

Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde şizofreni tanısıyla en az bir kez yatırılarak tedavi uygulanan ve Sivas il merkezinde oturan hastalar belirlendi. Hastalara ve ailelerine çalışma hakkında bilgi verilerek gönüllü olarak katılma konusunda onayları alındı. Toplam 31 hastadan dördüne akut dönemde oldukları için yatış önerildi; iki hasta yer değişikliği nedeniyle, iki hasta sonradan çalışmadan çıkmak istediği için çalışma 23 hastayla tamamlandı.

Veri toplama araçları

- *Sosyodemografik Bilgi Formu*: Çeşitli kişisel ve aileyle, hastalıkla ve tedaviyle ilgili soruların yer aldığı form.

Çalışmanın başında ve sonunda hastalara uygulanan ölçekler şunlardır:

- *Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ)*: Kısa bir görüşmeden sonra psikiyatrik belirtilerin ciddiyetini değerlendirmede ya da tedavinin etkilerini değerlendirmede kullanılan 18 maddelik Likert tipi bir ölçektir.¹¹

34 Psikiyatrik rehabilitasyonun toplum içinde uygulama örneği

- *Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR)*: Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin kısa formu 26 madde ve beş alt alandan oluşmaktadır: 1. bedensel alan, 2. ruhsal alan, 3. sosyal ilişkiler alanı, 4. çevre alanı, 5. genel sorular. Her madde için beş seçenekten biri işaretlenir.¹²

- *Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)*: Altmış sorunun yer aldığı yedi alt ölçekten oluşur: 1. problem çözme, 2. iletişim, 3. roller, 4. duygusal tepki verebilme, 5. gereken ilgiyi gösterme, 6. davranış kontrolü, 7. genel işlevler. Dört seçenekten biri işaretlenir. Madde ortalama puanı 2'nin üzerine çıktıkça, aile işlevlerinde sağlıksızlığı gösterir.¹³

- *Özgül İşlev Düzeyi Ölçeği (ÖİDÖ)*: Bireyin günlük yaşam etkinliklerinde, mesleki, kişilerarası ve davranışsal işlevlerdeki beceri düzeyini ölçer. Kırk üç madde ve altı alt ölçekten oluşan Likert tipi bir ölçektir: 1. fiziksel işlevsellik, 2. kişisel bakım becerileri, 3. kişilerarası ilişkiler, 4. sosyal kabul edilebilirlik, 5. toplumsal yaşam etkinlikleri, 6. iş becerileri.¹⁴

- *Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)*: On iki maddelik üç alt gruptan oluşur: 1. aile, 2. arkadaşlar, 3. özel bir insan. Maddeler 1-7 arasında puanlanır.¹⁵

İşlemler

Bir psikiyatrist ve bir psikiyatri hemşiresinden oluşan iki çalışma ekibi, hastaları evlerinde iki haftada bir kez olmak üzere üç ayda toplam altı kez ziyaret etmiştir. Ziyaretler 60-90 dakika arasında sürmüş ve şu konular gözden geçirilerek hasta ve aileye bilgi verilmiştir.^{5,16}

- *Şizofreni hakkında bilgilendirme*: Şizofreninin etiyolojik etkenleri, klinik belirtileri, gidişi, sonlan-

ması, tedavisi konusunda kısa, net bilgiler verildi.

- *Erken ve inatçı belirtiler*: Depreşmenin erken belirtilerinin neler olduğu (ilgisizlik, karamsarlık, dikkat dağınıklığı, gerginlik, uyku bozuklukları, kendine/başkalarına zarar verme düşünceleri, saldırganlık gibi), inatçı belirtilerin neler olduğu (anksiyete, depresyon, sanrı, varsanı, konuşma bozuklukları gibi) ve nasıl baş edileceği, ne zaman hekime başvurulacağı anlatıldı.

- *Psikotrop ilaç tedavisi*: Antipsikotik ilaçların özellikleri, etkileri ve yan etkileri, ilaca uyumun sağlanması, stabil dönemde ilaç kullanmanın önemi gibi konularda bilgi verildi.

- *İletişim ve aile ilişkileri*: İletişim, iletişimin özellikleri, iletişimin başlatılması ve sürdürülmesi, aile ilişkileri ve varsa bozuklukların düzeltilerek geliştirilmesi.

- *Sosyal beceri eğitimi*: Hastaların psikososyal işlevlerdeki özgül yetersizliklerini/bozukluklarını iyileştirmek, en üst düzeyde yaşam kalitesi ve üretkenlik sağlamak için bireysel sosyal beceri eğitimi verildi (bilgilendirme, terapistin model olması, rol oynama, davranış biçimlendirme, olumlu geribildirimde bulunma gibi).

- *Problem çözme, krize müdahale*: Problem ve krizin ne olduğu, özellikleri, baş etme aşamaları hakkında bilgi verildi.

Verilerin değerlendirilmesi

Veriler kodlanarak SPSS 9.0 for Windows programıyla bilgisayarda değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Hastaların bazı sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı

Özellikler / Cinsiyet	Kadın (n=12)	Erkek (n=11)	Toplam (n=23)
Ortalama yaş (aralık: 21-58 yaş)	36.8±9.1	34.3±10.6	35.6±9.72
Medeni durum			
bekar	5	6	11
evli	7	5	12
Eğitim düzeyi			
okuryazar değil+okuryazar	0	1	1
ilköğretim	9	6	15
lise+üniversite	4	3	7
Başlangıç yaşı (aralık: 13-48 yaş)	28.5±8.2	23.5±9.1	26.1±8.8
Hastalık süresi (aralık: 1-23 yıl)	8.3±3.9	10.8±6.5	9.5±5.3
Yatış sayısı (aralık: 1-4 kez)	2.9±1.2	2.4±1.4	2.65±1.3

Hastaların çalışmanın başlangıcındaki ölçek ortalama madde puanlarıyla, üçüncü ayın sonundaki ölçek ortalama madde puanları karşılaştırılmış ve sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Hastaların yaşam kalitesiyle ilgili (WHOQOL-BREF-TR) sosyal ilişkiler alanı, çevre alanı,

genel sorular alanlarının ortalama madde puanları çalışmanın sonunda anlamlı düzeyde olumlu olarak değişmiştir. Bedensel ve ruhsal alanların ortalama madde puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişme saptanmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların başlangıçta ve çalışma sonundaki ölçek ortalama madde puanları

Ölçekler ve alt grupları	Başlangıç değeri Ort. ± SD	Son değeri Ort. ± SD	t	p
WHOQOL-BREF				
1. bedensel alan	3.15 ± 0.96	3.48 ± 0.72	1.586	0.113
2. ruhsal alan	3.71 ± 0.61	3.81 ± 0.80	0.716	0.474
3. sosyal ilişkiler alanı	3.30 ± 0.53	3.70 ± 0.53	3.065	0.002
4. çevre alanı	3.54 ± 0.46	3.74 ± 0.48	2.510	0.012
5. genel sorular	2.75 ± 0.97	3.16 ± 0.84	2.362	0.018
ADÖ				
1. problem çözme	2.22 ± 0.67	1.72 ± 0.54	2.681	0.007
2. iletişim	1.92 ± 0.54	1.71 ± 0.49	1.513	0.130
3. roller	1.97 ± 0.47	1.76 ± 0.45	2.130	0.033
4. duygusal tepki verebilme	2.12 ± 0.45	1.82 ± 0.50	2.097	0.036
5. gereken ilgiyi gösterme	2.09 ± 0.43	1.97 ± 0.60	0.992	0.321
6. davranış kontrolü	1.98 ± 0.51	1.72 ± 0.34	1.968	0.049
7. genel işlevler	1.98 ± 0.63	1.65 ± 0.59	2.178	0.029
toplam	2.02 ± 0.41	1.74 ± 0.41	2.616	0.009
ÖİDÖ				
1. fiziksel işlevsellik	4.62 ± 0.81	4.64 ± 0.68	0.307	0.759
2. kişisel bakım becerileri	4.50 ± 0.76	4.76 ± 0.41	1.426	0.154
3. kişilerarası ilişkiler	3.12 ± 0.80	3.85 ± 0.79	3.373	0.001
4. sosyal kabul edilebilirlik	4.32 ± 0.65	4.89 ± 0.21	3.413	0.001
5. sosyal yaşam aktiviteleri	3.81 ± 1.00	4.30 ± 0.79	2.575	0.010
6. iş becerileri	3.14 ± 0.96	4.19 ± 0.61	3.896	0.000
toplam	3.87 ± 0.67	4.42 ± 0.45	3.737	0.000
ÇBASDÖ				
1. aile	6.09 ± 1.27	6.65 ± 0.71	2.360	0.018
2. arkadaşlar	3.46 ± 2.13	4.35 ± 2.09	2.140	0.032
3. özel bir insan	5.29 ± 1.83	5.46 ± 1.40	0.505	0.614
toplam	4.93 ± 1.48	5.52 ± 1.13	2.030	0.042

Hastaların aile ilişkileri problem çözme, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler alt ölçeklerinin ortalama madde puanları ve toplam ölçek ortalama madde puanları çalışmanın sonunda anlamlı düzeyde olumlu olarak değişmiştir. İletişim ve gereken ilgiyi gösterme alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 2).

Hastaların özgül işlev düzeyiyle ilgili (ÖİDÖ) kişilerarası ilişkiler, sosyal kabul edilebilirlik, toplum-

sal yaşam etkinlikleri, iş becerileri alanlarının ortalama madde puanları ve toplam ölçek ortalama madde puanları çalışmanın sonunda anlamlı düzeyde olumlu olarak değişmiştir. Fiziksel işlevsellik ve kişisel bakım becerileri alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 2).

Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek (ÇBASDÖ) alanlarından aile ve arkadaş alanlarının ortalama madde puanları ve toplam ölçek

36 Psikiyatrik rehabilitasyonun toplum içinde uygulama örneği

ortalama madde puanları çalışmanın sonunda anlamlı düzeyde olumlu olarak değişmiştir. Özel bir insan alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 2).

TARTIŞMA

Günümüzde şizofreninin tedavisinde somatik tedavilerin yeri tartışmasız kabul edilmektedir. Bireysel psikoterapilerin somatik tedaviler olmadan tek başına iyi sonuçlar vermediği, sosyal beceri yaklaşımlarıyla nörobilişsel ve sosyal bilişsel girişimlerin kombinasyonunun yararlı olduğu,⁷ grup tedavilerinin bazı türlerinin özellikle sosyal uyumu geliştirmede, belirtilerle baş etmede ve tedavi işbirliğinin artmasında yararlı olduğu belirtilmektedir.^{17,18} Üç aylık ön çalışmanın sonuçları şizofreni hastalarının psikososyal yaklaşımlara olumlu yanıt verdiğini göstermektedir. Hastalara uygulanan WHOQOL-BREF-TR, ADÖ, ÖİDÖ, ÇBASDÖ'nin alt ölçeklerinden çoğunun başlangıçtaki ve çalışmanın sonundaki ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur. Hastaların yaşam kalitelerinin arttığı, aile ilişkilerinin ve toplumsal ilişkilerinin iyileştiği, işlevlerini yerine getirmede daha iyi bir konuma geldikleri söylenebilir. Bu sonuçlar, kısa süreli bir psikososyal yaklaşımın/psikoeğitimin bile hastalar açısından ne kadar önemli ve yararlı olduğunu göstermiştir. ADÖ'nin

puanlarında başlangıca göre iyileşme olsa da, fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır.

Psikososyal yaklaşımların ve özellikle aile ve hasta psikoeğitiminin somatik tedavilere eklenmesiyle tedavinin etkinliğinin arttığı,¹⁹ toplumsal uyumun ve tedaviye işbirliğinin arttığı,²⁰ yaşam kalitesinin arttığı,⁶ depresme oranlarının düştüğü²⁰⁻²² gösterilmiştir. Benzer sonuçlar çalışmamızda da bulunmuş, çalışma kısa süreli olduğu için depresme oranı değerlendirilmemiştir.

Toplum psikiyatri servislerinin kanıta dayalı girişimleri kapsamı, girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi, dikkatin uygulama kılavuzu, supervizyon ve destek kadar çalışanların güdülenmesine ve eğitimine verilmesi gerekmektedir.²³

Çalışmamızın sonunda hastalar daha rahat ve topluma uyum yönünden daha sorunsuz olduklarını, aile içi sorunlarının azaldığını ve iletişimlerinin arttığını, hoşgörülerinin ve ilaca uyumlarının arttığını, çalışmanın sürdürülmesini istediklerini belirtmişlerdir.

Çalışmamızın zayıf yönü sürenin kısa olması ve hasta sayısının az olmasıdır. Olumlu yönü ise, hastalara hizmetin yaşadıkları ortamda verilmesi, hizmetin ayaklarına götürülmesidir.

Psikososyal yaklaşımların diğer tedavilere eklenerek daha büyük hasta gruplarında uygulanması ve daha uzun süre sürdürülmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Doğan Başeğmez F. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar. Bahar Sempozyumu VI, Bildiri Özetleri, (24-28 Nisan 2002, Antalya) s.137.
2. Klinberg S, Langle G, Buchkremer G. Neuroleptics--psychotherapy--psychiatric social work. In schizophrenia help is needed from many sides. MMW Fortschr MedMMW 2003;145:28-31.
3. Bustillo J, Keith SJ, Lauriello J. Schizophrenia: psycho-social treatment. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Vol. I, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2000:1210-7.
4. Gabbard GO. Combined psychotherapy and pharmaco-therapy. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Vol. II. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2000:2225-34.
5. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Washington D.C.: APA; 1997.
6. Hofer A, Rettenbacher MA, Widschwendter CG, Kemler G, Hummer M, Fleischhacker WW. Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006; 256(4):246-55.
7. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? Schizophr Bull 2006; 32(Suppl.1):S81-93.
8. Falloon IR, Held T, Roncone R, Coverdale JH, Laidlaw TM. Optimal treatment strategies to enhance recovery from schizophrenia. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32(1):43-9.
9. Leff J. Needs of the families of people with schizophrenia. Advan Psychiatr Treat 1998; 4:277-84.
10. Barrowclough C, Johnston M, Tarrier N. Attributions, expressed emotion, and patient relapse: an attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. Behav Ther 1994; 25:67-88.
11. Carmin C, Ownby R. The relationship between discharge readiness inventory scales and the brief psychiatric rating scale. Hosp Com Psychiatry 1994; 45:248-52.

12. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Yalçın Eser S, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *3P Dergisi* 1999; 7(Ek sayı2):5-13.
13. Bulut I. Aile değerlendirme ölçeği (ADÖ) el kitabı. Ankara: Özgüneliş Matbaası; 1990.
14. Schneider L, Struening E. SLOF: a behavioral rating scale for assessing the mentally ill. *Soc Work Res Abstr* 1983; 19(3):9-21.
15. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995; 10(34):45-55.
16. Herz MI, Lamberti JS, Mintz. A program for relapse prevention in schizophrenia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:277-83.
17. Yıldız M. Psikososyal beceri eğitimi uygulama kılavuzu. İstanbul: PAREM Yayınları; 2001.
18. Aker T, Sungur MZ. Şizofrenide bireysel ve davranışçı terapi yöntemleri. İstanbul: PAREM Yayınları; 2001.
19. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, et al. Family psycho-education, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:340-7.
20. Pharoah FM, Mars JJ, Steiner D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4:CD000088.
21. Anderson CM, Reiss D, Hogarty GE. Schizophrenia and the family. New York: Guilford; 1986.
22. Tarrier N, Barrwclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, et al. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry* 1988; 153:532-42.
23. Bengtsson-Tops A, Hansson L. Clinical and social changes in severely mentally ill individuals admitted to an outpatient psychosis team: an 18-month follow-up study. *Scand J Caring Sci* 2003; 17(1):3-11.