

Ciddi Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerde Olgu Yöneticiliği: 24 Aylık Uygulama Sonuçları



Aysel İNCEDERE¹, Mustafa YILDIZ²

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı ciddi ruhsal hastalığı (CRH) olan bireyler için olgu yöneticiliği uygulaması yapmak ve bu uygulamanın 24 aylık sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı alan, son bir yılda en az bir alevlenme yaşayan, tedavi uyumu bozuk olan, bir işte çalışmayan, bağımsız yaşamayan ve çalışmaya katılmaya onay veren 34 hasta alındı. Olgu yöneticiliği bir profesyonel tarafından hastaların gereksinimine göre ayarlanan aralıklarla evde, dernekte, hastanede ve iş yerinde hastalarla, aile üyeleriyle ve işverenlerle görüşmeler yapılarak yürütüldü. Hastalar başlangıçta, 6. ay, 12. ay ve 24. ayda işlevsellik, klinik şiddet ve tedaviye uyum, aileler yük açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma 24 ayda 30 hasta ile tamamlandı. Hastaların yaş ortalaması 36, ortalama eğitim süresi 11 yıl, ortalama hastalık süresi 13 yıldır. Çoğu erkek, bekâr ve anne-babası ile birlikte yaşamaktaydı. Takip sürecinde tüm hastalar önerilen iyileştirim programlarına katıldı, tedaviye uyumları, işlevsellikleri anlamlı düzeyde arttı. Hastane yatış sayısında önceki 24 ayla karşılaştırıldığında belirgin azalma oldu. Ailelerin yüklerinde azalma saptandı. Takip süresince 10 hasta işe başladı, bunların 3'ü işi bıraktı.

Sonuç: Klinik iyileşmede, toplumsal ve mesleki işlevselliğin artmasında, hastane yatışının azalmasında etkili olduğu görülen olgu yöneticiliği uygulamasının CRH'si olan bireylerin iyileştirim çalışmalarında rutin olarak yer alması gerektiği söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Ciddi ruhsal hastalık, olgu yönetimi, işlevsellik, hastane yatışı

SUMMARY

Case Management for Individuals with Severe Mental Illness: Outcomes of a 24-Month Practice

Objective: The aim of this study is to conduct a case management model on a group of individuals with severe mental illness (SMI) and to evaluate the outcomes during a 24-month follow up.

Method: A total of 34 patients diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorder with at least one exacerbation over the last year, poor treatment compliance, who were unemployed and unable to live independently and who gave consent to participate were included to the study. Case management was conducted by a medical professional in the house, schizophrenia association, hospital, and workplace of the patients by interviewing the patients, family members, and the employers of the patients, at intervals arranged according to the need of each patient. Patients were assessed at baseline stage, the sixth, 12th and the 24th month regarding functionality, clinical condition, treatment compliance and family burden.

Results: The study was completed in 24 months with 30 patients with a mean age was 36, mean education level of 11 years, and a mean illness duration of 13 years. The majority consisted of unmarried males living with their parents. During the follow up, every patient participated in the recommended rehabilitation programs with, improvement in treatment adherence and functionality. A significant decrement was detected in the number of hospitalizations when compared to the history before the start of the study. Family burden decreased. Ten patients got employed and 3 patients left work.

Conclusion: It can be concluded that case management hypothesized to be beneficial for people with SMI with positive outcomes on clinical recovery, improved social and vocational functionality and reduced incidences of hospital stay should be included as a routine psychosocial rehabilitation service.

Keywords: Severe mental illness, case management, functioning, hospitalization

Geliş Tarihi: 23.07.2018, **Kabul Tarihi:** 09.01.2019, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 21.04.2019

¹Arş. Gör., Kocaeli Üniv., Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruhsal Rehabilitasyon Bl., ²Prof., Kocaeli Üniv., Tıp Fak., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Kocaeli.

AI: <https://orcid.org/0000-0001-8181-1371>, MY: <https://orcid.org/0000-0003-0769-1628>

Aysel İncedere, e-posta: ayselyazici@gmail.com

<https://doi.org/10.5080/u23532>

GİRİŞ

Ciddi ruhsal hastalığı (CRH) olan bireylerde inatçı belirtilerin devam etmesi, sık hastane yatışlarının olması, işlevselliğin eski düzeyine dönmemesi gibi nedenlerden dolayı birden çok tedavi yönteminin birlikte uygulanması gerekmektedir (Klinberg ve ark. 2003, Liberman 2008). CRH'si olan bireylerin önemli bir kısmının taburcu olduktan sonra bir yıl içinde tekrar hastane yatışlarının olduğu, kendi haklarını aramadıkları ve toplum temelli hizmetlere yeterince ulaşmadıkları bilinmektedir (Kreyenbuhl ve ark. 2009). Bu bireylerin kurumlar ile bağlantısını sürdürmek, hastane yatışlarını azaltmak, hastanede kalış sürelerini kısaltmak, toplumsal işlevselliklerini artırmak ve hastalar ile bakım verenlerinin yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla toplum temelli hizmet modelleri geliştirilmiştir. Toplum temelli modeller ülkelerin sağlık politikalarına göre farklılık gösterse de bu hizmetlerde temel amaç CRH'si olan bireylerin tedavilerinin devam etmesini sağlamaktır. Toplum temelli hizmetler arasında yaygın olarak kullanılan modeller, toplum ruh sağlığı merkezleri, gündüz klinikleri, yerinde girişken tedavi ve yoğun olgu yönetimidir (WHO 2010). Tüm toplum temelli hizmet modellerindeki ana işleyiş, kalite ve maliyet verimliliğini artırarak mevcut kaynaklar aracılığıyla hastaların ve ailelerin sağlık ihtiyaçlarını belirlemek, değerlendirmek, planlamak, bunların karşılanmasını ve bakımın devamlılığını sağlamaktır (Gaebel ve ark. 2012).

Toplum temelli hizmetlerde, tedavi ve iyileştirim (rehabilitasyon) hizmetlerine erişilmesi, hizmetlerin kapsamlı ve sürekli olması, kişiye özgü planlama yapılması ve hastanın sorumluluğunun alınması için genellikle olgu yöneticiliği modeli uygulanmaktadır. Olgu yöneticiliğinde bireylerin ihtiyaçları ile uyumlu ve iyi bir yaşam kalitesiyle birlikte en uygun toplumsal işlevselliği sağlayacak olan kişisel hedeflerin karşılanmasına yarayacak kapsamlı ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi hedeflenir (Liberman 2008).

Bireylerin değişen ihtiyaçları, beklentileri ve karşılaşılan güçlükler zaman içinde pek çok olgu yönetimi modelinin gelişmesine yol açmıştır. Hastaları diğer hizmetlere yönlendiren koordinatörlüklerle başlayan olgu yöneticiliği uygulamaları zaman içinde girişken erişim müdahalelerinin yapıldığı daha yoğun tedavi modellerine yönelmiştir (Burns 2008). Olgu yönetimi modellerinin sınıflandırılması genellikle hasta ile temas sıklığına, erişilebilirliğe, hasta personel oranına, hizmetlerin çeşitliliğine, hizmetin sunuluş şekline ve olgu yöneticisinin yetkinliklerine göre yapılmaktadır (Liberman 2008). Olgu yönetimi genelde üç çekirdek model altında sınıflanır. Bu sınıflama standart olgu yönetimi (aracılık ve klinik olgu yönetimi), iyileştirim yönelimli olgu yönetimi (güçlü yanlar ve iyileştirim olgu yönetimi) ve yoğun olgu yönetimi (yerinde girişken tedavi ve yoğun olgu yönetimi) şeklindedir (Simpson ve ark. 2003). Bu modellerin ortak paydası, tedavi ve bakımın

sürekliliği ve toplumsal hizmetlere ulaşımın sağlanmasıdır (Orwin ve ark. 1994).

Olgu yönetiminin etkinliği çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (Mueser ve ark. 1998, Issakidis ve ark. 1999, Burns ve ark. 1999, UK700 Group 1999, Burns ve ark. 2001). Olgu yönetimi uygulaması sonucunda hastane yatışlarının azaldığı, belirti şiddetinin azaldığı, toplumsal işlevselliğin arttığı, hasta ve bakım vericilerin yaşam kalitesinin arttığı bilinmektedir (Chamberlin ve Rapp 1991, Solomon 1992, Marshall ve ark. 1995, Martin ve ark. 2005). Olguların klinik durumu, olgu yöneticisinin özellikleri ve uzmanlık alanı, hasta-personel oranları ve sağlık sistemi politikaları olgu yönetiminin etkinliğini etkileyen etmenler arasında sayılmaktadır (Ivezic ve ark. 2010).

Ülkelerin sağlık politikalarına göre farklı olgu yönetimi modelleri ile toplum ruh sağlığı hizmetleri yürütülmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında yayımlanan Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metninde; ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması ve toplum temelli iyileştirim çalışmalarının yapılması konularına yer verilmiştir. Sağlık Bakanlığı, bu kapsamda Nisan 2009'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı almıştır. TRSM'lerde gerçekleştirilen pilot çalışmalar sonrasında ilgili yönerge Şubat 2011'de yayınlanmış ve uygulamaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011). TRSM hakkında 16.02.2011 tarih ve 7364 sayılı yönergede; hastaların yaşadıkları ortamda tedavi edilmesi, bireysel danışmanlık hizmeti ve evinden çıkmayan hastalara evde bakım hizmeti verilmesi gibi yükümlülükler yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı 2011). Bu yükümlülükler olgu yöneticiliği modelinin kapsamına girmesine rağmen yönergede olgu yöneticiliği kavramından söz edilmemektedir. TRSM'lerde yapılan çalışmalar incelendiğinde kayıtlı hasta sayısı ile orantısız olarak yalnızca merkeze gelen hastalara klinik olgu yöneticiliği kapsamında Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi, ruhsal eğitim, grup tedavileri ve uğraş etkinlikleri gibi toplumsal destek tedavileri ve tıbbi hizmetler verildiği görülmektedir. TRSM'lerden hizmet alan hastaların hastaneye yatış oranlarında azalma; içgörülerinde, tedaviye uyumlarında, yaşam kalitelerinde ve işlevselliklerinde artma olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Ensari ve ark. 2013, Aydın ve ark. 2014, Gül ve ark. 2014, Arslan ve ark. 2015, Aydın 2016, Söğütü ve ark. 2017, Özdemir ve ark. 2017). Ancak bildiğimiz kadarıyla TRSM'lerde yapılandırılmış ve kurumlaşmış olgu yöneticiliği hizmeti verildiğine dair bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu çalışmada, bir üniversite hastanesinden takipli olan ve olgu yönetimine gereksinim duyan şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan bir grup hastaya klinik olgu yönetimi, iyileştirim yönelimli olgu yönetimi ve yoğun olgu yönetimi modellerinin özelliklerini içeren karma (hibrid) bir modelin uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi amaçlandı. Bu modelde olgu yöneticisi tarafından hastalarla evlerinde, toplum içinde

ya da hastanede görüşmeler, bireysel donanım ve hedeflere göre planlamalar yapılması, klinik iyileşme ve toplumsal-mesleki işlevselliği artırmaya yönelik kapsamlı ve sürekli hizmet sunulması planlandı.

YÖNTEM

Örnekleme

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, son bir yılda en az bir alevlenme ya da yinelenme yaşamış, tedavi uyumu bozuk, herhangi bir işte çalışmayan, bağımsız yaşayamayan (aile ya da başkasının yardımı ile yaşamını sürdüren) hastalar oluşturdu. Şubat 2016-Haziran 2016 tarihleri arasında servis ya da poliklinikten izlenen ve çalışmaya alınma koşullarını karşılayan 39 hastaya olgu yönetimi hizmeti teklif edildi ve ilgili çalışma protokolü anlatıldı. Onam veren 34 hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan hasta ve yakınları çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında aydınlatıldı ve imzalı onayları alındı. Çalışma için izin Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (KÜ GOKAEK 2016/298) alındı.

Değerlendirme Araçları

Hastalar araştırmacılar tarafından hazırlanan nüfus ve klinik özellikler veri formu (hastanın yaşı, eğitim düzeyi, medeni durumu, işi, hastalığın başlangıç yaşı, süresi, son 24 aydaki hastane yatış sayısı ve kalış gününü içermektedir), İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD), Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGİ-Ş), Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ) ve Tedaviye Uyumu Değerlendirme (TUD) formu (1-kendiliğinden düzenli, 2-yardımla düzenli, 3-düzensiz ikna ile, 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. Hasta ve yakınlarına ilk görüşmede uygulanan ölçekler 6. ay, 1. yıl ve 2. yılın sonunda tekrarlandı. İGD ve KGD-Ş ölçekleri hastaları izleyen psikiyatri uzmanı, TİDÖ hastalar, ZBYÖ aileler, TUD olgu yöneticisi tarafından dolduruldu.

İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi (İGD): DSM-IV'te yer alan ve klinisyen yargısına göre puanlanan 'Eksen V' değerlendirmesidir (APA 1994). Genel işlevsellik için 0-100'lük bir aralıkta hastalığın ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerindeki etkisi puanlanır. Puan arttıkça işlevselliğin daha iyi olduğunu gösterir.

Klinik Genel İzlenim-Şiddet (KGİ-Ş): Klinik genel izlenim ruhsal hastalıkların genel değerlendirilmesi için kullanılan bir ölçek olup hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 bölümden oluşur. Bu çalışmada ölçeğin yalnızca şiddet bölümü kullanıldı. Görüşmeciler hastalıkla ilgili genel

deneyimine dayanarak 1 (saptanmadı) ve 7 (en ağır hastalar) arasında puan verir. Yüksek puan klinik durumun şiddetli olduğunu gösterir (Guy 1976).

Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ): Yıldız ve ark. (2018) tarafından şizofrenisi olan bireylerin toplumsal işlevsellik düzeyini belirlemek için geliştirilen ölçek 19 maddeden oluşup, üçlü Likert tipi puanlama ile derecelendirilen, hasta, hasta yakını ya da klinisyen tarafından doldurulan bir ölçektir. Özbakım, kişiler arası ilişkiler ve eğlenti, bağımsız yaşam ve çalışma durumunu içeren 4 alt ölçekten oluşmaktadır. TİDÖ'nün Cronbach alfa katsayısı 0,83'tür. Ölçekten alınan yüksek puanlar toplumsal işlevselliğin yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmaya katılan hastalar ölçek geliştirme çalışmasında da yer aldılar. Bu çalışmada ölçeğin hastalar tarafından doldurulan verileri kullanıldı.

Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ): Zarit ve ark. (1980) tarafından geliştirilmiş olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özlü ve ark. (2009) tarafından yapılmıştır. Bakım verenlerin yüklerini değerlendiren ölçeğin Türkçe uyarlaması 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,83'tür. Ölçekten alınan puanlar arttıkça yükün şiddeti de artmaktadır.

İşlem

Olgu yöneticiliğini Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri servisinde 5 yıl deneyimli, aynı zamanda Ruhsal Rehabilitasyon Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi olan bir uzman psikiyatri hemşiresi yürüttü. Kocaeli Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ruhsal İyileştirim Birimi tarafından oluşturulan Ruhsal İyileştirim Değerlendirme ve İzlem Çizelgesi (RİDİÇ) ile hastalar aileleriyle birlikte değerlendirildi. Yapılan görüşmelerde 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. Aylık değerlendirmeler sonrasında uzman psikiyatrist ile görüşülerek danışmanlık alındı.

Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE): Grup eğitimine gereksinimi olan ve katılmayı kabul eden hastalar bu eğitime alındı. RUTBE, şizofreni hastalarının bağımsız ve toplumsal yaşama becerilerini artırmaya yönelik olarak toplumsal beceri

eğitimi, ruhsal eğitim, aile eğitimi ve grup psikoterapisi ilkelere göre düzenlenmiş olan bir beceri eğitimi programıdır (Yıldız 2011).

Tedavi Hemşireliği: Hasta ve ailelerine ilaçlarla ilgili bilgi verme, tedaviye uyumu sağlama, kas içi enjeksiyon tedavisi alan hastaların takibini yapma, takip eden doktorlarla ilaç tedavilerinin düzenlenmesine katılma, ilaç yan etkileri ile baş etmede ve ek tıbbi hastalıkların yönetiminde yardımcı olundu.

Ev Ziyaretleri: Hastalığından dolayı toplumdan yalıtık yaşayan hastalara düzenli ev ziyaretleri gerçekleştirildi. Taburcu olduktan sonra kontrollere gelmeyi reddeden hastalar evlerinde ziyaret edilerek ilaç uyumu, hastalık hakkında bilgilendirme ve ailenin eğitimi konularında görüşmeler yapıldı.

Destekli İşe Yerleştirim: İş yaşamına katılabilecek hastalarla yeterlilik durumlarına göre planlamalar yapıldı. Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavına (E-KPSS) girebilecek olan hastalara sınava hazırlanma sürecinde destek olundu ve sınavdan 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 pozisyonda iş verilmesi sağlandı. Yerleştikleri kurumlarda hasta, birim amiri ve diğer çalışanlarla görüşmeler yapıldı. Özel sektörde işe başvurmaya isteyen hastalarla özgeçmiş hazırlama, İŞKUR ile görüşme ve iş ilanlarını gözden geçirme çalışmaları yapıldı. İlk iş görüşmelerine hasta ile birlikte gidildi. İşe yerleşen hastalar iş yerinde ziyaret edildi, birim amirleriyle görüşmeler yapıldı. Her iki grupta da birim amirlerine olgu yöneticisinin irtibat numarası verilerek kolay erişim olanağı sağlandı. Olgu yöneticiliğinin özellikleri Tablo 1'de verildi.

Tablo 1. Olgu Yöneticiliği Hizmeti Sunan Olgu Yöneticisinin Özellikleri

Uzmanlık alanı	<ul style="list-style-type: none"> Ruhsal Rehabilitasyon Anabilim Dalında araştırma görevlisi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans mezunu 5 yıl psikiyatri servisinde çalışma deneyimi
Beceri alanları	<ul style="list-style-type: none"> Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE) eğiticiliği Tedavi hemşireliği Sivil toplum kuruluşları ile çalışma deneyimi
Erişilebilirlik	<ul style="list-style-type: none"> Hafta içi (09.00-18.00) arası 24 saat telefon ile ulaşma
Hastalarla görüşme	<ul style="list-style-type: none"> Hastane, ev, iş yeri, İzmit Bizim Bahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği ya da kafe, çay bahçesi gibi toplumsal ortamlarda yüz yüze görüşmeler Gerektikçe telefon görüşmesi
Uygulamalar	<ul style="list-style-type: none"> Bireysel danışmanlık (hasta ve aileye) Hasta ve aileye grup eğitimi (RUTBE) Ev ziyaretleri Destekli işe yerleştirim çalışmaları Tedavi hemşireliği Takip eden doktorla iş birliği Psikiyatri uzmanından danışmanlık alınması

İstatistiksel Analiz

Veriler Statistical Package for the Social Sciences (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. Bağlantı analizi için Spearman testi kullanıldı. İstatistiksel açıdan p değerinin 0,05'ten küçük olması anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya 34 hasta katıldı. 4 hasta ilk 6 ayda çalışmadan ayrıldı. Ayrılma gerekçeleri şöyle idi: Bir hasta TRSM'ye düzenli devam etmeye başladı ve olgu yönetimine gereksinim duymadı, bir hasta tedaviyi tamamen reddetti, diğer iki hasta ise ailelerinin böyle bir uygulamaya gerek olmadığını düşünmeleri üzerine uygulamadan ayrıldı. 24'ü şizofreni, 6'sı şizoafektif bozukluk (ŞAB) tanısı olan 30 hasta 24 ay boyunca aynı olgu yöneticisi tarafından takip edildi. Yaş ortalaması 36, başarı ile tamamladığı eğitim ortalaması 11 yıl olan hastaların çoğu erkek (%76) ve bekârdı (%80). Hastaların hiçbiri çalışmıyordu. Hastalık süresi ortalama 13 yıl olan hastaların toplam hastane yatış ortalaması 3, uygulamaya başlamadan önceki son iki yıl içindeki hastaneye yatış ortalaması 1,3 idi. Hastaların nüfus özellikleri Tablo 2'de verildi.

24 aylık takip süresince her bir hasta ile ortalama 42 kez bireysel görüşme yapıldı. 5 hastaya 31 kez ev ziyareti gerçekleştirildi. Tüm hastaların poliklinik kontrollerine düzenli olarak

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Hastaların Uygulama Başlangıcındaki Nüfus Özellikleri (Şizofreni=24, Şizoafektif bozukluk=6)

Yaş (ortalama ± SS)		35,5±8,7
Eğitim yılı (ortalama ± SS)		11,3±2,6
Cinsiyet/Erkek (sayı, %)		23 (76,7)
Medeni durum/ Bekar (sayı, %)		24 (80,0)
Kişi başına düşen gelir/ay* (ortalama ± SS)		998,3±606,3
Hastalık başlangıç yaşı (ortalama ± SS)		22,5±6,0
Hastalık süresi/yıl (ortalama ± SS)		13,0±6,9
Hastane yatış sayısı (ortalama ± SS)		3,0±1,8
Son 2 yılda hastane yatış sayısı (ortalama ± SS)		1,3±1,0
Yaşam biçimi (sayı, %)	Anne-Baba	22 (73,3)
	Eş-Çocuk	6 (20,0)
	Yalnız	2 (6,7)
İş yaşamı (sayı, %)	Çalışmıyor	25 (83,3)
	Malulen emekli	5 (16,7)
Sosyal güvence varlığı (sayı, %)		30 (100)

*Toplam eve gelen gelirin evde yaşayan kişi sayısına bölümü ile hesaplandı.

gelmesi sağlandı. 12 hasta ile RUTBE grup eğitimi haftada bir kez olmak üzere 50 dakikalık 2 oturum halinde 5 aylık sürede gerçekleştirildi. 13 hasta destekli işe yerleştirim çalışmasına katıldı. Katılan hastaların yeterliliklerine göre yapılan planlama ve yönlendirmeler sonucunda 10 hastanın işe yerleşmesi sağlandı. Devletin engelli bireyler için açtığı memurluk sınavı olan E-KPSS'ye hazırlanan ve sınavı kazanan 5 hasta memur olarak çalışmaya başladı. Bu hastalar bir yıldır işlerine devam etmektedir. Diğer 5 hastadan 4'ü normal kadrodan, biri engelli kadrosundan olmak üzere özel sektörde işe başladı. Özel sektörde normal kadrodan işe başlayan 4 hastadan 2'si işine bir yıldır devam etmektedir. Diğer 2'si iş yerlerinin küçülmesine gitme kararı alması ve performanslarının yetersiz olması gerekçesiyle işten çıkarıldı. Özel sektörde engelli kadrosundan işe giren hasta ise işin ağır gelmesini gerekçe göstererek kendisi işi bıraktı. Bu süreçte işe yerleşen hastalar için toplam 89 kez iş yeri ziyareti yapıldı.

29 hasta yakını ile bireysel görüşme yapılarak hastalık hakkında bilgi verildi. Bir hasta yakını ile şehir dışında olduğu için telefonla görüşüldü. RUTBE eğitimine katılan 12 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. İki yıllık çalışmada hasta ve aileler için yapılan hizmetlerin dökümü Tablo 3'te sunuldu.

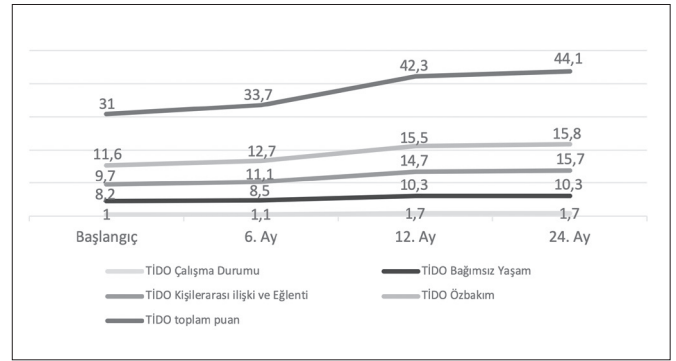
Tablo 3. Çalışmayı Tamamlayan Hastalara (n=30) 24 Aylık Sürede Verilen Hizmetler

	Hasta Sayısı	Toplam Görüşme Sayısı	Ort. ±SS
Bireysel görüşme	30	1267	41,7 ± 6,4
Ev ziyareti	5	31	6,2 ±2,4
RUTBE	12		
Aile eğitimi	29		
Destekli işe yerleştirim	13		
İşe girme	10		
İş yeri ziyareti	10	89	8,9 ± 5,8
İşi sürdürme	7		

Klinik Sonuçlar

Çalışmaya alınan hastalar, ilk değerlendirmede klinik ölçek puanlarına göre (ortalama KGI=5, ortalama İGD=47) orta-ciddi düzeyde olan hastalardı. Hastaların ölçek puan ortalamalarında süreç içerisinde anlamlı değişiklik saptandı. Hastane yatış oranlarında belirgin bir düşme gözlemlendi. Uygulanan ölçeklerin ilk ve 24 ay sonraki puanları Tablo 4'te verildi.

Takip sürecinde TİDÖ alt ölçek puanları incelendiğinde tüm alt ölçeklerde anlamlı artış saptandı. Öz bakım puanlarında ilk ve 6. aydaki arasındaki (p=0,002), 6. ay ve 12. ay arasındaki değerlendirilmede anlamlı fark saptandı (p=0,001), 12. ay ve 24. ay arasındaki değerlendirilmede anlamlılık (p=0,153) saptanmadı. Kişiler arası ilişki ve eğlenti puanlarının tüm aralıklardaki değerlendirilmesinde anlamlı artış saptandı (sırasıyla p=0,001; p=0,001; p=0,002). Bağımsız yaşam puanlarının ilk ve 6. ay arasındaki değerlendirilmesinde anlamlılık saptanmadı (p=0,088), 6. ay ve 12. ay değerlendirilmesinde anlamlı artış saptandı (p=0,006), 12. ay ve 24. ay arasındaki değerlendirilmesinde anlamlılık saptanmadı (p=1,000). Çalışma yaşamı puanlarında ilk ve 6. ay değerlendirilmesinde anlamlılık saptanmazken (p=0,083), 6. ay ve 12. ay arasındaki değerlendirilmede anlamlı artış saptandı (p=0,002), 12. ay ve 24. ay arasındaki değerlendirilmede anlamlılık saptanmadı (p=1,000). TİDÖ alt ölçek puanlarında anlamlı değişimlerin daha çok 6. ay ile 12. ay arasında olduğu dikkat çekiciydi. TİDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının zamanla değişimi Grafik 1'de gösterildi.



Şekil 1. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının 24 Aylık İzlemede Değişimi

Tablo 4. Uygulanan Ölçeklerin Başlangıç, 6. Ay, 12. Ay ve 24. Aylık Takip Puanları (n=30)

	Başlangıç	6. ay	12. ay	24. ay	İstatistik p
	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	
Hastaneye yatış	1,33±1,06	DY	DY	0,23±0,56	0,000*
KGI-Ş	5,0±0,9	4,2±1,1	3,1±0,7	3,1±0,8	0,000**
İGD	47,0±5,3	51,8±3,8	59,3±5,5	61,1±6,2	0,000**
TİDÖ	31,0±8,9	33,8±8,2	42,3±7,1	44,1±6,5	0,000**
ZBYÖ	45,4±15,0	DY	39,8±13,4	37,0±13,0	0,000**

* Wilcoxon Signed Ranks Test, **Friedman testi, DY: Değerlendirme yapılmadı

KGI-Ş: Klinik Genel İzlenim-Şiddet Ölçeği, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi, TİDÖ: Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği, ZBYÖ: Zarif Bakıcı Yük Ölçeği

Tablo 5. Takip Öncesi ve Sonrası İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirmesi

	Başlangıç	24. ay	İstatistik*
Kendiliğinden düzenli (sayı, %)	2 (6,7)	17 (56,7)	0,000
Yardımla düzenli (sayı, %)	11 (36,7)	12 (40,0)	
Düzensiz ya da ikna ile (sayı, %)	14 (46,7)	1 (3,3)	
Zorla ya da kas içi (sayı, %)	1 (3,3)	-	
Asla almıyor (sayı, %)	2 (6,7)	-	

*Wilcoxon Signed Ranks Test

Hastaların toplumsal işlevselliklerini değerlendirmek üzere kullanılmış olan TİDÖ ve İGD ölçeklerinin ilk değerlendirme ($rs=0,684$; $p<0,01$) ve son değerlendirme puanları arasında ($rs=0,735$; $p<0,01$) yüksek düzeyde bağıntı saptandı.

Tedaviye Uyum

Tedaviye uyum incelendiğinde tedaviyi kendiliğinden düzenli kullanma oranı ilk değerlendirmede %6,7 iken 24 ayın sonunda bu oranın %56,7'ye çıktığı görüldü. Hastaların ilaç tedavisine uyumu takip öncesi döneme göre anlamlı düzeyde arttı (Tablo 5).

TARTIŞMA

Bu çalışma klinik, iyileştirim yönelimli ve yoğun olgu yöneticiliği öğelerini içeren hibrid bir uygulamanın şizofreni ve şizoafektif bozukluğu olan hastaların 24 aylık izlem sonucunda klinik iyileşme ve toplumsal işlevselliklerinde önemli oranda artış sağladığını göstermiştir. Çalışmada olgu yöneticiliği hizmeti hasta, aile, tedavi eden doktor, iş olanakları ve toplumsal kuruluşlarla iş birliği ve eşgüdüm sağlanarak gerçekleştirildi. Görüşmeler yalnızca hastanede değil ev, sivil toplum kuruluşları, toplumsal ortamlar ya da iş yerlerinde yapıldı. Erişilebilirlik hastalara ve ailelere olgu yöneticisinin iletişim numarası verilerek yalnızca mesai saatleri içinde değil gereksinim duyulduğunda da sağlandı. 24 ay boyunca hastalarla ayda ortalama 2 kez yüz yüze görüşme yapıldı. Bu görüşme sıklığı olgu yönetimi ile ilgili yapılan üstçözümleme (metaanaliz) çalışmalarında bildirilen sıklıkla (2-4) uyumludur (McCrone ve ark. 2000, Knapp ve ark. 2002). Süreğen ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisinde aynı olgu yöneticisinin hastanın hedef ve donanımlarını gözeterak kurduğu güven ilişkisi ile yürüttüğü uzun süreli iyileştirim çalışmalarının çok önemli katkısı olduğu anlaşılmaktadır.

Olgu yönetimi uygulamasının ana hedeflerinden biri hastaneye yatış oranının azaltılmasıdır. Hastaların 24 aylık dönemde hastaneye yatma oranı takip öncesi 24 ay ile karşılaştırıldığında anlamlı ($p<0,001$) olarak düşmüştür. Benzer sonuçlar olgu yönetimi üzerine yapılan başka çalışmalarda da gösterilmiştir (Ziguras ve Stuart 2000, Burns ve ark. 2007, Killaspy ve ark. 2009). Yerinde girişken tedavi ve yoğun olgu

yönetimi modelinin birlikte uygulamalarının hastane yatışı üzerine daha etkili olduğu bildirilmektedir (Burns ve ark. 2001, Killaspy ve ark. 2009). Çalışmamızda uygulanan olgu yönetiminin yoğun olgu yönetimi öğelerini de içermiş olması hastane yatış oranlarındaki azalmada etkili olmuş olabilir.

Hastaların klinik iyileşme ve toplumsal işlevselliklerinde anlamlı oranda artış saptanmıştır. Klinik iyileşme puanlarındaki artışın bireysel görüşmeler ya da grup tedavilerinde verilen ruhsal eğitim sonucunda tedaviye uyumun artması, hastalık belirtileri ile başetme becerilerinin gelişmesi sonucunda gerçekleşmiş olduğu söylenebilir. Hastaların ihtiyaç duyduklarında olgu yöneticisine ulaşması, hasta ve aile ile sık iletişim de klinik durumda iyileşmeye katkı sağlamış olabilir. Çalışmanın bu sonucu olgu yönetimi üzerine yapılmış olan diğer çalışmalarla uyumludur (Mueser ve ark. 1998, Ziguras ve Stuart 2000, O'Brien ve ark. 2012, Gelkopf ve ark. 2016). Ülkemizde bu alanda yapılmış başka çalışmalar olmamakla birlikte, TRSM'lerde sunulan hizmetler üzerine yapılmış olan çalışmalar klinik olgu yöneticiliği kapsamında değerlendirilebilir. Bu çalışmalarda şizofreni hastalarına verilen hizmetlerin yaşam kalitesini, genel ve toplumsal işlevselliği artırdığı, yeti yitimini azalttığı gösterilmiştir (Ensari ve ark. 2013, Aydın ve ark. 2014, Gül ve ark. 2014, Arslan ve ark. 2015, Aydın 2016, Söğütü ve ark. 2017).

Şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal eğitimin tedaviye uyumu artırdığı, yinelemeleri azalttığı, klinik ve toplumsal işlevselliği artırdığı bilinmektedir (Yıldız ve ark. 2004, Xia ve ark. 2011). Çalışmamızda hastaların hedef ve donanımlarına göre planlamaların yapılmış olması, yapabildikleri konusunda teşvik edilmesi ve ailelerle iş birliği içinde olunması toplumsal işlevselliğin artmasında katkı sağlamış olabilir. Görüşmelerin kimi zaman toplumsal ortamlarda yapılmış olması ve grup eğitimleri esnasında akran dayanışmasının sağlanması da bu iyileşmede etkili olmuş olabilir.

Olgu yönetiminin işlevlerinden biri iyileştirim hizmetlerinin planlaması aşamasında hastaların yeteneklerine göre ve hastayla birlikte karar vererek hedef belirlenmesidir. 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). Şizofreni hastalığı olan bireylerin önemli bir kısmının, çalışmaya istekli oldukları, iş yapabileceği, iş eğitimi ve işe girebilmek için gereksinimleri olan destek sistemlerine ihtiyaç duyduklarını ifade ettikleri bildirilmiştir (Haro ve ark. 2011, Zaprutko ve ark. 2015). Şizofrenili bireylerin tercihleri doğrultusunda güçlü yanları belirlenerek çalışma yaşamına dahil edilmeleri, yaşamlarını olağanlaştıran önemli yollardan birisidir (Beigi ve ark. 2015). Kişinin gereksinimleri ve hastalığının evresi ile örtüşen uygun mesleki iyileştirim fırsatları ruhsal hastalığı bulunan herkes için çalışma olanaklarını artırabilmektedir. Şizofrenili bireyler kendi

başlarına ya da geleneksel iyileştirme hizmet danışmanlığında iş aradıklarında işe girme olasılıkları düşükken destekli işe yerleştirilmeyle işe girme ve işi sürdürme olasılıkları artmaktadır (Lieberman 2008). Engelli bireyler işe yerleştirildikten sonra desteklenmeleri sürdürüldüğünde işte kalma sürelerinin uzadığı bilinmektedir (Boardman ve ark. 2013). Çalışmamızda destekli işe yerleştirilmeyle hastaların üçte biri işe yerleşmiş ve desteğin sürdürülmesiyle bu hastaların %70'i en az bir yıl işini sürdürebilmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların çoğu bekâr olup aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Aile bireyleri zamanlarının önemli bir kısmını hastalarıyla birlikte geçirmekte ve her an hastalık ve tedavi sürecinin içerisinde yer almaktadır. Bu açıdan ailelerin ya da bakıcıların tedavi sürecinin içerisinde tedavi gören ve/ya da tedavi veren kişiler olarak yer almalarının sağlanması önemsenmelidir. Ailelere verilen ruhsal eğitimler ve ihtiyaç duyduklarında olgu yöneticisine erişilebilirliğin sağlanması, hastalığın alevlenme ve yeniden hastaneye yatış oranlarında azalmaya neden olmakta ve hastaların tedaviye uyumlarına olumlu katkıda bulunmaktadır (Nasr ve Kausar 2009, Duman ve Bademli 2013). Çalışmaya katılan hastaların ailelerinde yük azalması saptandı. Aile yükünün azalmasında aile üyeleriyle yapılan bireysel ve grup eğitimlerinin, tedavi ekibi ile aile arasında iş birliği sağlanmış olmasının, olgu yöneticisinin erişilebilir olmasının ve hastaların klinik ve işlevsel düzelmelerinin rolünün olduğu düşünülmektedir.

Tüm ruhsal ve toplumsal hizmetlerin birbiriyle bağlantılı olarak bütünleşik bir şekilde sunulmasının yararları bilinmektedir. Her bir hizmet ayrı ayrı sunulduğunda bütünleşik olarak sunulmasından daha az etkili olmakta, gereksiz yere zaman ve kaynak kaybına yol açmaktadır (Lieberman 2008). Olgu yönetiminin genellikle dağınık olarak sunulan hizmetleri CRH'si olan hastalar için erişilebilir kılması ve hasta, aile ve tedavi ekibi arasında iş birliğini sağlaması hem hastaların iyileşmelerine hem ailelerin yüklerinin azalmasına hem de sağlık ekonomisine önemli katkılar sağlayabilmektedir.

Çalışmamız alanında uzmanlaşmış bir olgu yöneticisinin mevcut olanakları kullanarak ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin klinik iyileşmelerine, toplumsal işlevselliğinin artmasına, işe girme ve işi sürdürmelerine, aile yükünün azalmasına anlamlı katkılar sağlayabileceğini göstermiştir. Ülkemizde son yıllarda toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerini üstlenmiş olan TRSM'lerde uzmanlaşmış kişilerin yürüdüğü olgu yöneticiliği hizmetleriyle CRH'si olan bireylerin iyileştirimlerinde ivme yaşanacağı söylenebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sonuçları, Türkiye'de kapsamlı olarak düzenlenmiş olan ilk olgu yönetimi çalışması olmakla birlikte bazı kısıtlılıklar çerçevesinde değerlendirilmelidir. Hastaların klinik ve işlevsel değerlendirmesinin aynı klinisyen tarafından

yapılmış olması yanlılık doğurmuş olabilir. Ancak hasta ve ailelerin doldurduğu ölçekler öz bildirim ölçekleri olduğu için bu yanlılığın derecesini azaltmaktadır. Çalışma bir merkezden yürütülmüş olduğu için sonuçları genellemek zor olabilir. Bu nedenle çalışmanın çok merkezli olarak tekrarlanması yararlı olacaktır. Çalışma, farklı meslek gruplarından olgu yöneticileri ile de tekrarlanmalıdır. Aynı zamanda bu çalışma açık bir izlem çalışması olduğu için kontrollü çalışmalarla karşılaştırmaya gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T ve ark. (2015) Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 16:238-46.
- Aydın E (2016) Vaka Yönetiminin Şizofreni Hastalarının Klinik Belirtileri, Sosyal İşlevselliği Ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkileri. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi.
- Aydın E, Tabo A, Karamustafaloğlu O ve ark. (2014) Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 15:185-91.
- Beigi MK, Shahbolaghi FM, Rassafiani M ve ark. (2015) The meaning of work in people with severe mental illness. *Med J Islam Repub Iran* 29:161-68.
- Boardman J, Rinaldi M (2013) Difficulties in implementing supported employment for people with severe mental health problems. *Br J Psychiatry* 203:247-49.
- Burns T (2008) Case management and assertive community treatment. What is the difference? *Epidemiol Psichiatr Soc* 17:99-105.
- Burns T, Catty J, Dash M ve ark. (2007) Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: A systematic review and meta-regression. *BMJ* 335:1-7.
- Burns T, Creed F, Fahy T ve ark. (1999) Intensive versus standard case management for severe psychotic illness: a randomised trial. *Lancet* 353 (9171):2185-89.
- Burns T, Fioritt A, Holloway F ve ark. (2001) Case Management and Assertive Community Treatment in Europe. *Psychiatr Serv* 52:631-36.
- Chamberlin R, Rapp CA (1991) A decade of case management: A methodological review of outcome research. *Community Ment Health J* 27:171-88.
- Corrigan PW (2011) The dignity to fail. *Psychiatr Serv* 62:241.
- Duman ÇZ, Bademli K (2013) Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 5:78-94.
- Ensari H, Gültekin BK, Karaman D ve ark. (2013) Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg* 4:108-14.
- Gaebel W, Becker T, Janssen B ve ark. (2012) EPA guidance on the quality of mental health services. *Eur Psychiatry* 27: 87-113.
- Gelkopf M (2016) A strengths-based case management service for people with serious mental illness in Israel: A randomized controlled trial. *Psychiatry Res* 241:182-89.
- Guy G (1976) Clinical global impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised, Rockville, MD, National Institute of Mental Health.

- Gül EU, Can DÖ, Şahin EHK ve ark. (2014) Kırıkkale Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Değerlendirilmesi. KÜ Tıp Fak Derg 16: 15-19.
- Haro JM, Novick D, Bertsch J ve ark. (2011) Cross-national clinical and functional remission rates: Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO) study. Br J Psychiatry 199:194-201
- Issakidis C, Sanderson K, Tecsson M ve ark. (1999) Intensive care management in Australia: a randomized controlled trail. Acta Psychiatr Scand 99:367-69.
- Ivezic SS, Mužinić L, Filipac V (2010) Case Management – A Pillar Of Community Psychiatry. Psychiatria Danubina 22: s.28–33.
- Killaspy H, Kingett S, Bebbington P ve ark. (2009) Randomised evaluation of assertive community treatment: Three-year outcomes. Br J Psychiatry 95:81–2.
- Klinberg S, Langle G, Buchkremer G (2003) Neuroleptics-psychotherapy-psychiatric social work. In schizophrenia help is needed from many sides. MMW Fortschr MedMMW 145:28-31.
- Knapp M, Chisholm D, Leese M ve ark. (2002) Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study. Acta Psychiatr Scand 105:42–54
- Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB (2009) Disengagement From Mental Health Treatment Among Individuals With Schizophrenia and Strategies for Facilitating Connections to Care: A Review of the Literature. Schizophr Bull 35:696–703.
- Liberman RP (2008) Recovery From Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation. Çeviren: Yıldız M. Yeti Yitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı. (2011) Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara.
- Marshall M, Lockwood A, Gath D (1995) Social services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial. Lancet 345:409–12.
- Martin G, Costello H, Leese M ve ark. (2005) An exploratory study of assertive community treatment for people with intellectual disability and psychiatric disorders: conceptual, clinical, and service issues. J Intellect Disabil 49:516-24.
- McCrone P, Menezes P, Johnson S ve ark. (2000) Service use and costs of people with dual diagnosis in South London. Acta Psychiatr Scand 101:464–72
- Mueser KT, Bond GR, Resnick SG (1998) Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophr Bull 24:37-41.
- Nasr T, Kausar R (2009) Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. Ann Gen Psychiatry 8:1-6.
- O'Brien S, McFarland J, Kealy B ve ark. (2012) A randomized-controlled trial of intensive case management emphasizing the recovery model among patients with severe and enduring mental illness. Ir J Med Sci 181:301-08.
- Orwin R, Sonnefeld LJ, Garrison-Mogren R ve ark. (1994) Pitfalls in evaluating the effectiveness of case management program for homeless persons: Lesson from the NIAAA Community Demonstration Program. Eval Rev 18:153-207.
- Özdemir İ, Şafak Y, Örsel S ve ark. (2017) Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. Anadolu Psikiyatri Derg 18:419-27.
- Özlu A, Yıldız M, Aker T (2009) Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Noro Psikiyatr Ars 46 (Özel Sayı):38-42.
- Simpson A, Miller C ve Bowers L (2003) Case management models and the care programme approach: how to make the CPA effective and credible. J Psychosoc Nurs Ment Health 10:472-83.
- Slade M (2009) 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.
- Solomon P (1992) The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. Community Ment Health J 28: 163-80.
- Söğütü L, Özen Ş, Varlık C ve ark. (2017) Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. Anadolu Psikiyatri Derg 18:121-28.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2006). Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı. [URL] <https://www.saglik.gov.tr/TR,11275/toplum-sagligi-merkezlerinin-kurulmasi-ve-calistirilmasina-dair-yonerge.html>
- UK700 (1999) Group Comparison of intensive and standard case management for patients with psychosis. Rationale of the trial. Br J Psychiatry 174:74-8.
- Weingarten R (2005) Calculated risk-taking and other recovery processes for my psychiatric disability. Psychiatr Rehabil J 29:77-80.
- World Health Organization (2010) Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva, Switzerland, World Health Organization
- Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR (2011) Psychoeducation for Schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 6: CD002831
- Yıldız M (2011) Şizofreni Hastaları İçin Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi Eğitici Elkitabı. İkinci baskı, Ankara, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Yıldız M, Kiras F, İncedere A ve ark. (2018) Development of Social Functioning Assessment Scale for People with Schizophrenia: validity and reliability study Anadolu Psikiyatri Derg 19 (Suppl. 2):29-38
- Yıldız M, Veznederoğlu B, Eryavuz A ve ark. (2004) Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. Int J Psychiatry Clin Prac 8:219-25.
- Zaprutko T, Kus K, Bilobryka R ve ark. (2015) Schizophrenia and employment: Evaluation from professional point of view. Psychiatr Q 86:569-79.
- Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J (1980) Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. Gerontologist 20:649-55.
- Ziguras SJ, Stuart GWA (2000) Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. Psychiatr Serv 51:1410–21.