

# Şizofrenide Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevselliğe Olan Etkisi: Seçkisiz Kontrollü Bir Çalışma



Hatice ABAOĞLU<sup>1</sup>, Emre MUTLU<sup>2</sup>, Sertaç AK<sup>3</sup>, Esra AKI<sup>4</sup>, A. Elif ANIL YAĞCIOĞLU<sup>5</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Ruh sağlığı alanında ergoterapi müdahalelerini de içeren psikososyal yaklaşımlar tedavinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bu çalışma, şizofreni tanısı almış bireylerde bireysel olarak tasarlanan yaşam becerileri eğitiminin işlevsellik üzerine etkisini incelemek amacıyla planlandı.

**Yöntem:** Araştırmaya rastgele atama sonucu 17'si kontrol, 15'i müdahale grubunu oluşturan toplam 32 şizofreni tanısı almış birey dahil edildi. Bireylerin hastalık belirtileri Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, hastalık şiddeti Klinik Global İzlenim Ölçeği, temel günlük yaşam aktiviteleri Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri Lawton ve Brody'nin Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, işlevsellik düzeyi Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği kullanılarak müdahale öncesi ve sonrasında iki grupta değerlendirildi. Kontrol grubuna günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı artırmaya yönelik tek oturumluk farkındalık eğitimi, çalışma grubuna ise 8 hafta, haftada iki kez (16 oturum) yaşam becerileri eğitimi verildi.

**Bulgular:** Araştırmanın sonucunda, çalışma grubunda, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, bireylerin negatif belirtileri, genel psikopatoloji, hastalık şiddeti, temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık ve işlevsellik düzeylerinde iyileşme görüldü.

**Sonuç:** Bu bulgular doğrultusunda, şizofreni tanısı almış bireylerde birey merkezli olarak planlanan yaşam becerileri eğitiminin rehabilitasyon alanında etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılabileceği düşünülmektedir. Araştırmanın sonuçlarının uzun süreli takip çalışmalarıyla desteklenmesi önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Şizofreni, yaşam becerileri, işlevsellik, günlük yaşam aktiviteleri

## SUMMARY

### The Effect of Life Skills Training on Functioning in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial

**Objective:** Psychosocial approaches including occupational therapeutic interventions constitute an important part of mental health treatments. This research was planned to investigate the effects of individualized life skills training on the functionality of individuals diagnosed with schizophrenia.

**Method:** A total of 32 individuals diagnosed with schizophrenia were assigned randomly to the study (n=15) and the control groups (n=17). The participants were evaluated with the Positive and Negative Syndrome Scale for symptom severity, the Clinical Global Impression Scale for illness severity and improvement and response to treatment, the Katz Index of Independence in Activities of Daily Living and the Lawton – Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale for adequacy of performance of basic activities and tasks of daily living, the Functioning Assessment Short Test and Social Functioning Scale for assessing the level of functionality before and after the scheduled interventions for both groups. The control group received a single-session awareness training to increase independence in daily living activities and the study group received individualized life skills training in 2 sessions per week for 8 weeks (=16 sessions).

**Results:** At the end of the research program, improvements were observed in the negative symptoms, general psychopathology, severity of illness and independence in basic and instrumental activities of daily living and functioning in the study group as compared to the control group.

**Conclusion:** On the basis of the obtained results, we believe that the individualized life skills training may be an effective therapeutic method for the rehabilitation of individuals diagnosed with schizophrenia. The results of our study should be supported by long-term follow-up studies.

**Keywords:** Schizophrenia, life skills, functioning, activities of daily living

**Geliş Tarihi:** 01.03.2019, **Kabul Tarihi:** 11.07.2019, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 09.01.2020

<sup>1</sup>Dr., <sup>4</sup>Prof., Hacettepe Üniv. Sağlık Bilimleri Fak., Ergoterapi Bl., <sup>2</sup>Uzm. Dr., Etimesgut Şehit Sait Ertürk Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bl., <sup>3</sup>Doç., <sup>5</sup>Prof., Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bl., Ankara.

**HA:** <https://orcid.org/0000-0001-8060-3730>, **EM:** <https://orcid.org/0000-0001-6604-2105>, **SA:** <https://orcid.org/0000-0002-7372-5809>, **EA:** <https://orcid.org/0000-0002-5806-6518>, **AEAY:** <https://orcid.org/0000-0002-3269-150X>

**Dr. Hatice Aboğlu, e-posta:** [haticebaoglu@hacettepe.edu.tr](mailto:haticebaoglu@hacettepe.edu.tr)

## GİRİŞ

Şizofreni, erken başlangıç yaşı, değişken klinik seyri, kalıcı ve kronik bir hastalık oluşu nedeniyle önemli bir toplum sağlığı problemidir. Kendine bakım, sosyal ilişkiler, öğrenme, çalışma ve serbest zaman becerilerinde yetersizliklere yol açarak toplumsal katılımı ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Andersan 2010, Marcsisin ve ark. 2016). Şizofrenide, uzun vadeli sonuçları iyileştirmek için hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan psikososyal müdahalelerin birlikte kullanılması en etkin tedavi yaklaşımı olarak görülmektedir (Deveci ve ark. 2008, Mortan-Sevi ve Tekinsan-Sütcü 2012). Psikososyal müdahaleler, şizofreni hastalarında sosyal becerileri, öz yeterliliği, günlük yaşam aktivitelerini ve kişilerarası iletişimi arttırmaya yönelik bilişsel davranışçı terapi, bilişsel iyileştirme, bireysel, grup ve aile terapileri, yaşam becerileri eğitimi ve mesleki rehabilitasyon gibi çeşitli yaklaşımları içermektedir. Müdahalelerin odağında, belirtileri yönetmek, nüksetmeyi önlemek, işlevselliği artırmak ve bireyin topluma yeniden katılımını sağlamak yer almaktadır (Sadock ve Sadock 2007, Fatani ve ark. 2017, Kane ve Correll 2010). Şizofreni hastaları ile yapılan bilişsel, psikopatolojik ve psikososyal değişkenlerin incelendiği çok merkezli kesitsel bir araştırmada, günlük yaşam becerileri ve işlevsel kapasitenin bu değişkenler arasındaki ilişki ağında merkezde yer aldıkları gösterilmiştir (Galderisi ve ark. 2018). Bu doğrultuda, günlük yaşam aktivitelerine katılımı içeren bağımsız yaşam becerilerinin geliştirilmesi müdahale yaklaşımlarında önemli bir role sahiptir (Buchain ve ark. 2003, Bejerholm ve Eklund 2006).

Literatürde yaşam becerilerinin tanımı ile ilgili bir fikir birliği bulunmamakla birlikte, genel bir ifadeyle yaşam becerileri, bireylerin bağımsız yaşamak, anlamlı ve üretken rollerini gerçekleştirmek için ihtiyaç duydukları temel beceriler olarak tanımlanmaktadır (Samuel ve ark. 2018, Abaoğlu ve ark. 2017). Şizofrenide yaşam becerilerindeki kaybın ciddi yeti yitimine yol açtığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Ivarsson ve ark. 2004, Bowie ve ark. 2006). Aynı zamanda, yaşam becerilerindeki kısıtlılıkların psikopatoloji, yaşam kalitesi, bilişsel işlevler ve negatif belirtilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Green ve ark. 2015, Samuel ve ark. 2018).

Yaşam becerileri eğitimi yaklaşımları, bireylerin yaşadıkları ortam içerisinde rollerini yerine getirebilmeleri için gerekli olan becerilerin kazandırılmasını amaçlar ve kişisel yönetim, para idaresi, iletişim ve sosyal beceriler, ev idaresi ve toplum yaşamı becerileri gibi alanları kapsayan değerlendirme, öğretim, davranışsal uygulama, geri bildirim ve ev ödevleri gibi teknikleri içerir (Nicol ve ark. 2000). Eğitimler, bireyin evinde veya banka, market, sokak gibi çeşitli toplumsal alanlarda bireysel eğitimler ya da uygun olduğunda bireylerin birbirlerinden öğrenmeleri için fırsatlar sunan grup atölyeleri şeklinde uygulanabilmektedir (Mitchell ve Gunaratne 2007).

Yaşam becerilerini de içeren ergoterapi müdahaleleri, bireyin geçmiş tecrübeleri, ilgileri, öncelikleri ve müdahaleden

beklentilerini göz önünde bulunduran birey merkezli yaklaşımları içerir. Yaşam becerileri eğitimi aracılığıyla bireylerin aktivite alanları ve ilişkili çevresel faktörler analiz edilerek bireyselleştirilmiş hedefler oluşturulur. Aktivitelere katılım yoluyla hastalığın belirtileri ve işlevsellik üzerine etki ederek toplumsal katılımı artırmak amaçlanır (Crouch 2014, Roberts 2008). Yaşam becerileri eğitimi ruh sağlığı alanında yaygın olarak kullanılan bir ergoterapi müdahalesi ve rehabilitasyon aracı olsa da beceri eğitimlerin, eğitim ortamının ötesine genellenememesi, bireysel hedeflere ve ihtiyaçlara odaklanmaması yönlerinden kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmaların örneklem büyüklüğü, seçkisiz atama ve kontrol grubu açısından düşük kanıt düzeyine sahip olduğu görülmüştür (Mairs ve Bradshaw 2004, Arbesman ve Logsdon 2011, Ammeraal ve Coppers 2012). Literatür incelendiğinde, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde yaşam kalitesi ve bağımsızlığı artırmayı hedefleyen yaşam becerileri müdahaleleri tasarlanmış olmakla birlikte kanıt değeri yüksek seçkisiz kontrollü çalışmalara rastlanmamıştır (Tungpunkom ve Nicol 2008, Ammeraal ve Coppers 2012). Bu araştırmada, şizofreni tanısı almış bireylerde ergoterapi bakış açısıyla bireysel olarak tasarlanan yaşam becerileri eğitiminin işlevsellik üzerine etkisini seçkisiz kontrollü bir desende incelemek amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Örneklem

Seçkisiz kontrollü olarak tasarlanan bu araştırmaya, Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine ayaktan başvuran, şizofreni tanısı almış bireyler dahil edildi. Hastalık belirtileri ve şiddeti açısından hekim tarafından değerlendirildikten sonra Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü'ne yönlendirilen bireyler, bilgisayar yazılımı aracılığıyla seçkisiz (yansız) olarak kontrol ve çalışma grubuna atandı. Araştırmaya dahil edilme ölçütleri; 18-65 yaş aralığında olmak, okur-yazar olmak, iki psikiyatrist tarafından yapılan değerlendirmenin ardından DSM-5'e göre şizofreni tanı ölçütlerini karşılıyor olmak, tıbbi tedavisini düzenli olarak sürdürmek, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden P7 (Düşmanca tutum) ve G8 (İş birliği kuramama) maddelerinden 3 ve altında puan almak ve gönüllü olarak iş birliğini kabul etmek olarak belirlendi. Bilinen mental retardasyon tanısı olan, tedaviye yanıt vermeyen fiziksel ya da nörolojik bir hastalığı bulunan, alevlenme ya da aktif hastalık döneminde olan bireyler araştırma dışı bırakıldı. Nisan 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu araştırma için toplam 58 birey ile görüşüldü ve 5 birey dahil edilme ölçütlerini karşılamadığı için araştırma dışı bırakıldı. On beş birey araştırmaya katılmayı kabul etmediği için 38 birey seçkisiz olarak çalışma ve kontrol grubuna atandı. Çalışma grubundan 3 birey zaman, ulaşım ya da diğer nedenlerden dolayı, kontrol grubundan ise 2 birey

değerlendirmeleri tamamlamadığı için araştırma dışı bırakıldı. Sonuç olarak, 15'i çalışma, 17'si kontrol olmak üzere toplam 32 şizofreni tanılı birey araştırmanın örneklem grubunu oluşturdu. Araştırmanın kapsamı ve amacı katılımcılara ve birincil aile bakım verenlerine ayrıntılı olarak anlatıldıktan sonra bilgilendirilmiş onam alındı. Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 31 Ocak 2017 tarihli GO 17/14 karar numarası ile etik olarak uygun bulundu.

### Veri Toplama Araçları

**Demografik Bilgi Formu:** Bireylerin yaş, cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum, eğitim süresi, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi ve ilaç kullanımına ilişkin demografik ve klinik özellikleri araştırmacılar tarafından hazırlanan demografik bilgi formu ile kaydedildi.

**Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS):** Pozitif ve negatif belirtilerin şiddeti ve genel psikopatoloji düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilen yarı yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Ölçek, pozitif belirtiler alt ölçeği 7 madde, negatif belirtiler alt ölçeği 7 madde ve genel psikopatoloji alt ölçeği 16 madde olmak üzere toplam 30 maddeden oluşur. Belirtinin şiddetine göre, her madde, görüşmeci tarafından yok, çok hafif, orta, orta/ağır, ağır ve çok ağır olmak üzere 1-7 puan arasında derecelendirilir. Otuz maddenin toplam puanı, PANSS toplam puanı olarak belirtilmektedir ve 30-210 arasında değişmektedir (Kay ve ark. 1987). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında HÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapılmıştır (Kostakoğlu ve ark. 1999).

**Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI):** Psikiyatrik bozuklukların klinik ve araştırma amacıyla seyrini ya da şiddetini genel olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, yarı yapılandırılmış görüşme sırasında görüşmeci tarafından gözleme dayalı olarak doldurulur. Hastalık şiddeti, iyileşme ve yan etki şiddetini içeren üç boyutu bulunmaktadır. Hastalığın şiddeti alt boyutu, 1 (hasta değil), 2 (sınırdaki hasta), 3 (hafif derecede hasta), 4 (orta derecede hasta), 5 (belirgin derece hasta), 6 (ileri derecede hasta) ve 7 (çok ağır hasta) arasında derecelendirilmektedir (Guy 1976). Bu çalışmada ölçeğin ilk boyutu olan hastalık şiddeti bölümü kullanılmıştır.

**Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği:** Bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki bağımsızlık durumunu değerlendiren bir ölçektir. Banyo yapma, giyinme, tuvalet, hareket etme, kontinans ve beslenmeden oluşan 6 madde ikili puanlama (0-bağımlı, 1-bağımsız) kullanılarak derecelendirilir. Ölçekten alınan 6 puan bireyin tamamen bağımsız olduğunu, 0 puan ise tamamen bağımlı olduğunu gösterir (Katz ve ark. 1963). Ölçeğin Türkçe geçerlik çalışması 2015 yılında Arık ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Arık ve ark. 2015).

**Lawton ve Brody'in Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri (YGYA) Ölçeği:** Lawton ve Brody tarafından geliştirilen ölçek, telefon kullanma, yemek hazırlama, alış-veriş, günlük ev işleri, çamaşır yıkama, ulaşım, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren 8 sorudan oluşmaktadır (Lawton ve Brody 1969). Çetin ve arkadaşlarının şizofreni tanısı almış bireylerde Katz GYA ve Lawton ve Brody YGYA ölçeklerini kullanarak yaptıkları çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur (Çetin ve ark. 2013). Ölçeğin puanlamasında ikili (0-bağımlı, 1-bağımsız) ya da üçlü (1-yapamaz, 2-yardıma ihtiyaç duyar, 3-bağımsız) derecelendirme sistemi kullanılmaktadır (Vittengl ve ark. 2006). Bu çalışmada üçlü puanlama sistemi tercih edilmiştir. Buna göre 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

**Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ):** Şizofreni tanısı almış bireylerin sosyal işlevselliğini ve zaman içinde ortaya çıkan değişimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Birchwood ve ark. 1990). Ölçek günlük işlevler konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan, sosyal çekilme, kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, serbest zamanları değerlendirme, bağımsızlık-yetkinlik, bağımsızlık-performans ve iş/meslek olmak üzere 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Kendini değerlendirme ölçeğidir ve hem hasta ve hem de hasta yakını için ayrı formu bulunmaktadır. Alt ölçeklerden alınan yüksek puanlar daha iyi işlevselliği göstermektedir. Ölçeğin toplum standartları olmadığından karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yaprak Erakay (2001) tarafından yapılmıştır.

**Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği:** Rosa ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiş, Türkçe formunun geçerlik güvenilirliği Aydemir ve Uykur (2012) tarafından yapılmıştır. 24 maddeden oluşan ve işlevselliği değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin, görüşmeci tarafından değerlendirilen özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve serbest zaman etkinlikleri olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler dörtlü Likert tipinde derecelendirilir. Ölçeğin kesme puanı hesaplanmamıştır. Yüksek puanlar kötü işlevselliği göstermektedir.

### Uygulama

Çalışma grubunu oluşturan bireylerin, bağımsız yaşamak için gerekli olan ve anlamlı, üretken rolleri destekleyen problem yaşadıkları yaşam becerileri, değerlendirme görüşmesi sırasında bireyin beyanı ve isteği dikkate alınarak birey ile birlikte belirlendi. Bireyler haftada 2 gün 8 hafta boyunca (16 oturum) birey merkezli yaşam becerileri eğitim programına alındı. Eğitim programının sonunda bireylere değerlendirmeler tekrar uygulandı. Yaşam becerileri eğitimi kişisel yönetim (giyinme, sağlıklı ve düzenli beslenme, kişisel hijyen, ulaşım, para idaresi, başa çıkma becerileri), sosyal beceri (problem çözme, karar verme, organizasyon, yaratıcı ve eleştirel düşünme,

empati, kişilerarası iletişim), çalışma becerisi (üretkenliğin önemi konusunda farkındalık, mesleki ilgi alanlarının tanımlanması, meslek öncesi beceriler, iş arama, bulma, sürdürme) ve serbest zamanı (serbest zamanı yapılandırma, zaman yönetimi, rekreasyonel aktivitelere katılım) içeren dört performans alanına yönelik oluşturuldu. Yaşam becerileri eğitimi aşağıdaki basamakları içerecek şekilde yapılandırılmıştır:

**1.Oturum:** Hazırlık oturumu: Beceri eğitimine uyum ve işbirliğinin sağlanması, hedeflerin belirlenmesi

**2-5. Oturum:** Yaşam beceri hakkında bilgi verilmesi ve farkındalık oluşturma: Kişisel yönetim, sosyal beceri, çalışma becerisi ve serbest zamanı içeren bireyler için anlamlı (istedikleri, ihtiyaç duydukları ya da beklenen) günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını geliştirmelerini için gerekli yaşam becerileri hakkında bilgi ve farkındalık sağlamak

**6-12. Oturum:** Yaşam becerilerinin öğretilmesi: Belirlenen yaşam becerilerini gerçekleştirmedeki başarının gözlemlenmesi, aktivite gerekliliklerini belirleme ve bu gereklilikleri etkili bir şekilde karşılamak için becerilerinin öğretilmesi,yazılı ve sözlü yönergeler, fotoğraf, video gösterme gibi öğretme tekniklerinden yararlanma, süreçle ilgili geri bildirimde bulunma, ev ödevleri ile takibin sağlanması

**13-15. Oturum:** Gerçek yaşam koşullarında eğitim: Klinik ortamda öğrenilen becerileri, bağımsız yaşam aktivitelerini etkileyen tüm faktörlerin yer aldığı gerçek yaşam koşullarına genelleşebilmesi için bireyi teşvik etme

**16. Oturum:** Kapanış oturumu: Öğrenilenlerin özetlenmesi, geri bildirim alma, sürdürülebilirlik konusunda cesaretlendirme ve öneriler

Yaşam becerileri öğretilirken birey ile terapist arasındaki işbirliğini artırmak amacıyla empati kurmayı, bireyin kararlarına saygı duymayı ve birey ile olan iletişimi değişen ihtiyaçlara göre düzenlemeyi içeren terapötik ilişki kurma ve bireyin tedaviye uyumunu artırma ile aktivite ihtiyaçlarını karşılaması ve kendi kapasitesini kullanmasına yönelik motivasyonunu artırmak için cesaretlendirme ve motivasyonel görüşme kullanıldı. Aktivite gerekliliklerini kolaydan zora, basitten karmaşığa, tek adımdan çok adıma doğru bireyin becerisi arttıkça aşamalı bir şekilde artırmak veya bireyin işlev kaybına uğraması halinde bu gereklilikleri azaltmak için aktiviteyi derecelendirme uygulandı. Bireyin eğitim sırasında aktiviteyi kendi ortamında gerçekleştiremediği durumlarda klinik çevreyi aktivitenin doğal ortamına en yakın hale getirmek için benzetim yapıldı. Bunların yanı sıra, gerçek yaşam koşullarında gerçekleştirme, ev ödevleri ve takip çizelgeleri içeren tekniklerden yararlandı (Cordingly ve Pell 2014).

Kontrol grubunu oluşturan bireylere, ilk değerlendirmeden sonra bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığını artırmaya yönelik tek oturumluk farkındalık eğitimi verildi. Kontrol grubunu oluşturan bireyler standart tıbbi tedavilerine (ilaç, hekim kontrolleri) devam ederken genel ergoterapi

müdahalelerine dahil edilmek üzere bekleme listesine alındı ve 8. haftanın sonunda tekrar değerlendirildi.

## İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler Windows için SPSS v.23.0 (Statistical Package for Social Sciences Version 23.0) programı kullanılarak yapıldı. Grupların genel özelliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler hesaplandı. Normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve minimum/maksimum değerleri, normal dağılan değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma değerleri kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında, kategorik değişkenler için (cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu)yerine göre Ki Kare ya da Fisher Exact testleri, sürekli değişkenler için (yaş ve hastalık süresi) Student T Testi kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro-Wilk Testi ile analiz edildi. Normal dağılan verilerde sonuçlarının grup ve zaman etkileşiminden etkilenip etkilenmediğini araştırmak için Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (ANOVA) uygulandı. Verilerin normal dağılıma uymaması durumunda ise grup içi tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme bulgularındaki değişiklikleri incelemek amacıyla Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi, ön test ve son test değerlendirme bulgularını gruplar arasında karşılaştırmak için ise Mann Whitney U Testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak belirlendi.

## BULGULAR

Çalışmamıza, dahil edilme ölçütlerini sağlayarak gönüllü olarak katılmayı kabul eden 38 birey katıldı. Bireylerin 32'si (%84) yaşam becerileri eğitimine aktif katılım göstererek çalışmayı tamamladı. Çalışma grubu ile kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum, eğitim süresi, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi açısından fark saptanmadı (Bkz. Tablo 1). Katılımcıların %66'sı tek başına atipik antipsikotik (AP) tedavisi altındaydı. Hem çalışma grubunda hem de kontrol grubunda klozapin güçlendirme tedavisi alan 4'er hasta vardı. Her iki grubun ilaç kullanımları incelendiğinde tedavi seçenekleri açısından benzer gruplar olduğu görüldü (Bkz. Tablo 2).

Gruplarının PANSS, KGİ, Katz GYA Ölçeği, Lawton ve Brody YGYA Ölçeği'nden aldığı puan ortalamaları Tablo 3'te verildi. PANSS'in negatif belirti, genel psikopatoloji alt ölçekleri ve toplam puanında grup zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Müdahale ve kontrol grubunun PANSS pozitif belirti alt ölçeğinde ise grup zaman etkileşiminde anlamlı bir fark görülmedi ( $p=0,664$ ). Bu bulgular, negatif belirtiler ve genel psikopatoloji puanlarının çalışma grubuhine anlamlı derecede azaldığını göstermektedir (Tablo 3). Çalışma ve kontrol gruplarının KGİ ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında, ön testte gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ( $p=0,954$ ), son test değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı



**Tablo 1.** Katılımcıların Demografik ve Klinik Özellikleri (n=32) #

|                           | Çalışma Grubu      | Kontrol Grubu      | t              | p     |
|---------------------------|--------------------|--------------------|----------------|-------|
|                           | Ortalama±SS        | Ortalama±SS        |                |       |
| Yaş                       | 40,33±11,90        | 38,89±9,38         | -0,385*        | 0,703 |
| Hastalık Süresi (yıl)     | 15,40±12,61        | 15,18±8,77         | -0,059*        | 0,954 |
|                           | n=15 (%)           | n=17 (%)           | χ <sup>2</sup> | p     |
| Cinsiyet                  |                    |                    | 0,427***       | 0,513 |
| Kadın                     | 7 (46,7)           | 6 (35,3)           |                |       |
| Erkek                     | 8 (53,3)           | 11 (64,7)          |                |       |
| Medeni durum              |                    |                    | 3,883**        | 0,197 |
| Evlü                      | 0 (%0)             | 4 (%24)            |                |       |
| Hiç evlenmemiş            | 13 (%87)           | 11 (%65)           |                |       |
| Ayrı / Boşanmış           | 2 (%13)            | 2 (%11)            |                |       |
| Çalışma durumu            |                    |                    | 0,005***       | 0,946 |
| Çalışıyor                 | 6 (%40)            | 7 (%41)            |                |       |
| Çalışmıyor                | 9 (%60)            | 10 (%59)           |                |       |
|                           | Ortanca (Min/maks) | Ortanca (Min/maks) | U              | p     |
| Eğitim süresi (yıl)       | 11 (8/15)          | 11 (5/15)          | 92,500         | 0,155 |
| Hastalığın başlangıç yaşı | 22 (16/39)         | 20 (16/40)         | 116,500        | 0,676 |
| Psikotik alevlenme sayısı | 2 (1/6)            | 3 (1/5)            | 80,000         | 0,067 |

# Student t testi, Ki-kare testi, Fisher Exact testi ve Mann-Whitney U testi sonuçları  
\*df=30, \*\*df=2, \*\*\*df=1

fark olduğu bulundu (p=0,019). Kontrol grubunun KGI ön test ve son test puanlarının grup içindeki değişimi anlamlı değilken (p=0,132), çalışma grubunun grup içi değişimi anlamlı olarak bulundu (p=0,004). Başlangıçta grupların hastalık şiddeti açısından homojen olduğu görülürken, müdahale sonrası çalışma grubunun hastalık şiddeti bulgularında anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür (Bkz. Tablo 3).

Katz GYA Ölçeği'nden alınan ön test ve son test puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında ön test puanlarında gruplar arasında fark yokken (p=0,744) son test puanlarında anlamlı fark bulundu (p=0,010). Kontrol grubunun grup içindeki değişimi anlamlı değilken (p=0,317), çalışma grubunun grup içi değişimi anlamlı olarak hesaplandı (p=0,015). Kontrol ve

çalışma gruplarının Lawton ve Brody YGYA Ölçeği puanlarında, grup zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterildi (p=0,001). Bu bulgular, temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığın yaşam becerileri eğitimi sonrasında çalışma grubu lehine arttığını göstermiştir (Tablo 3).

Kontrol ve çalışma gruplarının SİÖ'ye göre ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sosyal çekilme, serbest zamanları değerlendirme, bağımsızlık-yetkinlik ve bağımsızlık-performans alt ölçek puanlarında grup zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Normal dağılım göstermeyen kişilerarası işlevsellik ve öncül sosyal etkinlikler alt ölçeklerinin ön test, son test puanları

**Tablo 2.** Katılımcıların İlaç Kullanım Detayları#

|                         | Çalışma Grubu | Kontrol Grubu | χ <sup>2</sup> | p     |
|-------------------------|---------------|---------------|----------------|-------|
|                         | N=15 (%)      | N=17 (%)      |                |       |
| Antipsikotik (AP)       |               |               | 0,406*         | 0,816 |
| 1) Tek başına tipik AP  | 1 (%6)        | 0 (%0)        |                |       |
| 2) Tek başına atipik AP | 10 (%67)      | 13 (%76)      |                |       |
| -Klozapin               | 5             | 5             |                |       |
| -Klozapin dışı AP       | 5             | 8             |                |       |
| 3) Klozapin güçlendirme | 4 (%27)       | 4 (%24)       |                |       |
| Antidepresan            | 10 (%67)      | 10 (%59)      | 0,209**        | 0,647 |
| Benzodiyazepin          | 1 (%6)        | 1 (%6)        |                |       |

#Klozapin güçlendirme dışında kombine tedavi kullanan katılımcı yoktu. Katılımcılardan kimse duygudurum düzenleyici kullanmıyordu.  
\* df=2, \*\*df=1

**Tablo 3.** Grupların PANSS, KGI, Katz GYA, Lawton-Brody YGYA, SİÖ ve KİDÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması

| Değişken                   | Grup           | Ön test            |                    | Son test |                |
|----------------------------|----------------|--------------------|--------------------|----------|----------------|
|                            |                | Ortalama±SS        | Ortalama±SS        | F        | p <sup>a</sup> |
| Pozitif Belirti            | Kontrol        | 14,76±5,98         | 13,82±4,80         | 0,193    | 0,664          |
|                            | Çalışma        | 12,40±5,63         | 10,87±3,66         |          |                |
| Negatif Belirti            | Kontrol        | 18,12±5,80         | 17,41±6,02         | 7,862    | 0,009**        |
|                            | Çalışma        | 18,53±8,91         | 13,27±5,65         |          |                |
| Genel Psikopatoloji        | Kontrol        | 31,41±7,91         | 32,76±9,58         | 8,165    | 0,008**        |
|                            | Çalışma        | 29,87±7,52         | 25,40±4,29         |          |                |
| PANSS Toplam               | Kontrol        | 64,59±16,34        | 64,18±17,61        | 16,272   | 0,001**        |
|                            | Çalışma        | 63,00±15,86        | 49,53±11,84        |          |                |
|                            |                | Ortanca (Min/maks) | Ortanca (Min/maks) | Z        | p <sup>b</sup> |
| KGI                        | Kontrol        | 4 (1/6)            | 4 (1/6)            | -1,508   | 0,132          |
|                            | Çalışma        | 4 (1/6)            | 3 (1/5)            | -2,919   | 0,004**        |
|                            | p <sup>c</sup> | 0,954              | 0,019*             |          |                |
|                            |                | Ortanca (Min/maks) | Ortanca (Min/maks) | Z        | p <sup>b</sup> |
| KATZ GYA Ölçeği            | Kontrol        | 5 (2/6)            | 6 (2/6)            | -1,000   | 0,317          |
|                            | Çalışma        | 6 (4/6)            | 6 (5/6)            | -2,428   | 0,015*         |
|                            | p <sup>c</sup> | 0,744              | 0,010**            |          |                |
|                            |                | Ortalama±SS        | Ortalama±SS        | F        | p <sup>a</sup> |
| LAWTON-BRODY YGYA Ölçeği   | Kontrol        | 17,12±3,62         | 16,88±3,55         | 41,869   | 0,001**        |
|                            | Çalışma        | 17,13±4,05         | 20,27±2,43         |          |                |
| <b>SİÖ</b>                 |                | Ortalama±SS        | Ortalama±SS        | F        | p <sup>a</sup> |
| Sosyal çekilme             | Kontrol        | 7,53±2,85          | 7,82±2,77          | 33,684   | 0,001**        |
|                            | Çalışma        | 8,33±3,06          | 11,53±2,72         |          |                |
| Serbest zamanları değ.     | Kontrol        | 9,24±3,46          | 8,53±3,34          | 36,904   | 0,001**        |
|                            | Çalışma        | 9,87±4,39          | 16,33±5,65         |          |                |
| Bağımsızlık-yetkinlik      | Kontrol        | 28,12±6,16         | 27,53±6,37         | 33,446   | 0,001**        |
|                            | Çalışma        | 28,27±5,11         | 33,87±3,42         |          |                |
| Bağımsızlık-performans     | Kontrol        | 16,29±8,30         | 15,59±7,50         | 56,860   | 0,001**        |
|                            | Çalışma        | 18,20±7,81         | 27,07±6,33         |          |                |
|                            |                | Ortanca (Min/maks) | Ortanca (Min/maks) | Z        | p <sup>b</sup> |
| Kişilerarası işlevsellik   | Kontrol        | 5 (3/9)            | 5 (3/9)            | -0,710   | 0,478          |
|                            | Çalışma        | 5 (3/8)            | 7 (5/9)            | -2,970   | 0,003**        |
|                            | p <sup>c</sup> | 0,878              | 0,016*             |          |                |
| Öncül sosyal etkinlikler   | Kontrol        | 7 (0/14)           | 6 (1/13)           | -1,701   | 0,089          |
|                            | Çalışma        | 6 (1/22)           | 13 (4/38)          | -3,299   | 0,001**        |
|                            | p <sup>c</sup> | 0,677              | 0,001**            |          |                |
| İş/meslek                  | Kontrol        | 3 (0/10)           | 3 (0/10)           | -0,272   | 0,785          |
|                            | Çalışma        | 2 (0/10)           | 3 (0/10)           | -2,994   | 0,003**        |
|                            | p <sup>c</sup> | 0,383              | 0,674              |          |                |
| <b>KİDÖ</b>                |                | Ortalama±SS        | Ortalama±SS        | F        | p <sup>a</sup> |
| Özerklik                   | Kontrol        | 8,71±2,76          | 8,71±2,80          | 30,036   | 0,001**        |
|                            | Çalışma        | 8,00±3,48          | 5,20±3,08          |          |                |
| Mesleki İşlevsellik        | Kontrol        | 12,12±3,31         | 12,06±3,38         | 30,482   | 0,001**        |
|                            | Çalışma        | 10,47±4,72         | 8,80±4,20          |          |                |
| Bilişsel İşlevsellik       | Kontrol        | 9,65±4,15          | 9,65±4,15          | 16,266   | 0,001**        |
|                            | Çalışma        | 9,93±3,73          | 8,00±4,07          |          |                |
| Mali Konular               | Kontrol        | 3,88±1,93          | 4,00±1,90          | 7,694    | 0,009**        |
|                            | Çalışma        | 3,40±2,10          | 2,60±1,99          |          |                |
| KİDÖ Toplam                | Kontrol        | 53,88±14,28        | 54,24±14,48        | 34,911   | 0,001**        |
|                            | Çalışma        | 49,00±18,69        | 38,53±18,86        |          |                |
|                            |                | Ortanca (Min/maks) | Ortanca (Min/maks) | Z        | p <sup>b</sup> |
| Kişiler arası ilişkiler    | Kontrol        | 14 (9/18)          | 14 (8/18)          | -1,941   | 0,052          |
|                            | Çalışma        | 13 (3/18)          | 10 (1/17)          | -3,084   | 0,002**        |
|                            | p <sup>c</sup> | 0,391              | 0,006**            |          |                |
| Serbest zaman etkinlikleri | Kontrol        | 6 (4/6)            | 6 (4/6)            | -1,000   | 0,317          |
|                            | Çalışma        | 6 (0/6)            | 5 (0/6)            | -2,799   | 0,005**        |
|                            | p <sup>c</sup> | 0,489              | 0,003**            |          |                |

\*<0,05 \*\*<0,01 p<sup>a</sup> Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (ANOVA), p<sup>b</sup> Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi, p<sup>c</sup> Mann Whitney U Testi

PANSS: Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği, KGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği, GYA: Günlük yaşam aktiviteleri, YGYA: Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri, SİÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği, KİDÖ: Kısa İşlevsellik Ölçeği

karşılaştırıldığında ise başlangıçta gruplar arasında anlamlı fark yokken, müdahale sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=0,016$ ;  $p=0,001$ ). İş/meslek alt ölçeği puanında ise son testte gruplar arasında bir fark bulunmazken ( $p=0,674$ ), üç alt ölçek için de kontrol grubunun grup içindeki değişimi anlamlı değilken ( $p=0,478$ ;  $p=0,089$ ;  $p=0,785$ ), müdahale grubunun grup içi değişimi anlamlı olarak bulundu ( $p=0,003$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,003$ ). Bu bulgular ışığında, yaşam becerileri eğitiminin sosyal çekilme, serbest zamanları değerlendirme, performans ve yetkinlik açısından bağımsızlık, kişiler arası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler ve iş/meslek alanlarını içeren sosyal işlevsellikte iyileşme sağladığı sonucuna varılmaktadır (Tablo 3).

KİDÖ'nün özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular ve toplam puanında grup zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu anlamlılık, yaşam becerileri eğitiminin özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik ve mali konularda işlevselliği artırdığı sonucunu göstermektedir. Normal dağılım göstermeyen kişilerarası ilişkiler ve serbest zaman aktiviteleri alt ölçeklerinin ön test ve son test puanları karşılaştırıldığında, başlangıçta gruplar arasında anlamlı fark yokken, eğitim sonrası iki alt ölçek için de istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p=0,006$ ;  $p=0,001$ ). Kontrol grubu ve çalışma grubunda KİDÖ ön test ve son test puanlarının grup içindeki değişimlerine bakıldığında, iki alt ölçek için de kontrol grubunun grup içindeki değişimi anlamlı değilken ( $p=0,052$ ;  $p=0,317$ ), çalışma grubunun grup içi değişimi anlamlı olarak bulundu ( $p=0,002$ ;  $p=0,005$ ). Bu bulgular doğrultusunda, kişilerarası ilişkiler ve serbest zaman aktiviteleri sonuçları başlangıçta gruplar arasında benzerken, müdahale sonrasında kontrol grubuna göre bu alanlardaki işlevselliğin arttığı sonucuna varılmaktadır (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Bu araştırmadan elde edilen bulgular, yaşam becerileri eğitimi alan şizofreni tanısı almış bireylerin kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, negatif belirtiler, genel psikopatoloji ve hastalık şiddeti, temel ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri ve işlevsellik sonuçlarında iyileşme olduğunu ortaya koymuştur.

Şizofreni tanısı almış bireylerin tedaviye katılımını incelemek ve katılımı kolaylaştırıcı stratejiler önermek amacıyla yapılan bir derlemede, her ne kadar oranlar çalışmalara göre farklılık gösterse de şiddetli ruhsal bozukluğa sahip bireylerin üçte birinin tedaviyi bıraktığı ifade edilmiştir. Çalışmada, ortak karar vermeyi içeren birey merkezli kanıt temelli çalışmaların katılımı artırabileceği vurgulanmaktadır (Kreyenbuhl ve ark. 2009). Çalışmamızda, birey merkezli olarak tasarlanan yaşam becerileri eğitimine katılım oranının yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların, stabil dönemde çalışmaya dahil edildiği, izlem dönemi boyunca ilaç tedavilerinde değişiklik yapılmadığı, kullanılan ilaçlarla ilgili gruplar arasında fark

olmadığı göz önünde tutulduğunda, müdahale grubundaki negatif belirtiler ve genel psikopatoloji alanında gözlenen olumlu değişimin ağırlıklı olarak yaşam becerileri eğitimi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Literatür incelendiğinde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavisinde yaşam becerileri eğitiminin etkinliğini inceleyen çalışmalara rastlanmıştır. Ancak, belirtiler üzerine etki düzeyini saptayan kanıt düzeyi yüksek yeterli çalışma bulunmamaktadır (Tungpunkom ve Nicol 2008). Şizofreni tanısı almış bireylerde yaşam becerilerini de içeren ve hastalık belirtileri ve şiddeti üzerine etkinin değerlendirildiği ergoterapi müdahale çalışmaları genellikle uzun süreli hastane yatışı sırasında gerçekleştirilmiştir (Tatsumi ve ark. 2011, Foruzandeh ve Parvin 2013, Hoshii ve ark. 2013, Karbalaee-Nouri ve ark. 2015). Bu çalışmalar incelendiğinde, çoğunun doğrudan yaşam becerileri eğitimi olmadığı, hastalığın akut/subakut dönemlerindeki belirtiler üzerine etkilerini ortaya koyduğu ve kronik döneme ilişkin sonuçlar sunmadığı görülmüştür. Çalışmamızda, yaşam becerileri eğitimi hastaneden topluma geçiş sürecindeki kronik şizofreni tanısı almış bireylerin yaşam becerilerini geliştirmeye yönelik planlanmış ve bireylerin negatif belirtilerini azalttığı, genel psikopatoloji ve hastalık şiddeti üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Topluma geçiş düzeyindeki kronik şizofreni tanısı almış bireylerde birey merkezli ergoterapi müdahaleleri oluşturulurken, yaşam becerilerini geliştiren eğitim programlarının önemli olduğu düşünülmektedir.

Psikososyal müdahalelerin şizofreninin negatif belirtileri üzerine olumlu etkilerini olduğu gösteren kanıtlara rağmen, pozitif belirtilere etkisi ile ilgili kanıtlar tartışmalıdır (Lutgens ve ark. 2017, Bighelli ve ark. 2018). Çalışmamızda, 8 haftalık yaşam becerileri eğitiminin pozitif belirti puanlarında azalma sağladığı ancak bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu sonucun yaşam becerileri eğitiminin, hastalığın pozitif belirtileri üzerine doğrudan odaklanmamasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Araştırmamızın seçkisiz kontrollü tasarımı ile, yaşam becerileri eğitiminin şizofreninin negatif belirtilerini azalttığı ve genel psikopatoloji üzerinde olumlu etkileri olduğu ortaya konmuştur.

Literatürde şizofreni tanısı almış bireylerde işlevsellik üzerine yapılan çalışmaların çoğunlukla sosyal beceri eğitim müdahalelerini içerdiği görülmüştür (Yıldız ve ark. 2002, Roberts ve Penn 2009, Li ve ark. 2018, Taksal ve ark. 2016). Sosyal beceri eğitimi, öncelikle şizofreni spektrum bozuklukları veya psikoz tanısı alan hastalara sunulan sosyal etkileşimin, sosyal performansın veya kişilerarası becerilerin geliştirilmesi veya iyileştirilmesine odaklanan psikolojik bir müdahaledir ve çoğunlukla yapılandırılmış grup eğitimlerinden oluşmaktadır (Perilli ve ark. 2018, Turner ve ark. 2017). Araştırmamızda, bu eğitimlerden farklı olarak sosyal öğrenme ilkelerine daha az odaklanan, günlük yaşamda bağımsızlığı artırmaya yönelik birey merkezli tasarlanan yaşam becerileri eğitiminin

işlevsellik üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir. İyileşmenin önemli bir göstergesi olan işlevselliğe yönelik psikososyal müdahalelerin birbirini tamamlayıcı nitelikte olan bireysel ve grup eğitimlerle desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Eğitim bittikten sonra öğrenilen becerilerin sürdürülebilirliğini ve uzun dönem etkilerin incelemek açısından takip değerlendirmelerinin olmayışı, bu araştırmanın bir kısıtlılığı olarak görülmektedir. Eğitim süresi anlamlı sonuçlar elde etmek için yeterli olsa da eğitim içeriği çok kapsamlı olduğu için sürenin daha uzun tutulmasının sonuçların günlük yaşama genellenilebilirliği açısından daha etkili olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, bu araştırmanın bulgularına dayanarak, şizofreni tanısı almış bireylerin işlevselliğini artırmaya yönelik müdahale programları planlanırken yaşam becerilerine odaklanılması ve sonuçların uzun süreli takip çalışmalarıyla desteklenmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Abaoğlu H, Cesim ÖB, Kars S ve ark. (2017) Life skills in occupational therapy. Occupational Therapy, Huri M (Ed), Intech Open. 12 Ocak 2019'da <https://www.intechopen.com/books/occupational-therapy-occupation-focused-holistic-practice-in-rehabilitation/life-skills-in-occupational-therapy> adresinden indirildi.
- Ammeraal MA, Coppers J (2012) Understanding living skills: First steps to evidence-based practice. Lessons learned from a practice-based journey in the Netherlands. *Occup Ther Int* 19: 45-53.
- Andreasen NC (2011) Concept of schizophrenia: past, present, and future. Schizophrenia, Weinberger DR, Harrison PJ (Eds), Blackwell Publishing Ltd. 26.12.2018'de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781444327298.ch1> adresinden indirildi.
- Arbesman M, Logsdon DW (2011) Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. *Am J Occup Ther* 65: 238-46.
- Arik G, Varan HD, Yavuz BB ve ark. (2015) Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Arch Gerontol Geriatr* 61: 344-50.
- Aydemir Ö, Uykur B (2012) Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe sürümünün bipolar bozuklukta güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Derg* 23: 193-200.
- Bejerholm U, Eklund M (2006) Engagement in occupations among men and women with schizophrenia. *Occup Ther Int* 13: 100-21.
- Bighelli I, Salanti G, Huhn M ve ark. (2018) Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: Systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 17: 316-29.
- Birchwood M, Smith J, Cochrane R ve ark. (1990) The social functioning scale the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 157: 853-9.
- Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL ve ark. (2006) Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: Correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *Am J Psychiatry* 163: 418-25.
- Cordingley K, Pell H (2014) Life skills. *Creek's Occupational Therapy and Mental Health*, 5. Baskı, W Bryant, J Fieldhouse, K Bannigan (Eds), London, Churchill Livingstone, s. 294.
- Crouch R, Alers V (2014) The occupational therapy approach to the management of schizophrenia. *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health*, 5. Baskı, West Sussex, John Wiley and Sons Ltd, s. 435-45.
- Çetin N, Demiralp M, Oflaz F ve ark. (2013) Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışı vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 14: 19-26.
- Deveci A, Esen-Danaci A, Yurtsever F ve ark. (2008) Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İlgörü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 19: 266-73.
- Fatani BZ, Aldawod R, Alhawal FA ve ark. (2017) Schizophrenia: Etiology, pathophysiology and management - a review. *Egypt J Hosp Med* 69: 2640-46.
- Foruzandeh N, Parvin N (2013) Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: A pilot randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci* 10: 136-41.
- Galderisi S, Rucci P, Kirkpatrick, B ve ark. (2018) Interplay among psychopathologic variables, personal resources, context-related factors, and real-life functioning in individuals with schizophrenia: A network analysis. *JAMA psychiatry* 75: 396-404.
- Green MF, Llerena K, Kern RS (2015) The "right stuff" revisited: What have we learned about the determinants of daily functioning in schizophrenia? *Schizophr Bull* 41: 781-5.
- Guy, W (1976) ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology - Revised, Rockville, US Department of Health, Education, and Welfare, s. 218-22.
- Hoshii J, Yotsumoto K, Tatsumi E ve ark. (2013) Subject-chosen activities in occupational therapy for the improvement of psychiatric symptoms of inpatients with chronic schizophrenia: A controlled trial. *Clin Rehabil* 27: 638-45.
- Ivarsson AB, Carlsson M, Sidenvall B (2004) Performance of occupations in daily life among individuals with severe mental disorders. *Occup Ther Ment Health* 20 (Suppl. 2): 33-50.
- Kane JM, Correll CU (2010) Pharmacologic treatment of schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 12: 345-57.
- Karbalaee-Nouri A, Hosseini A, Hajebi A ve ark. (2015) Independent and social living skills training for people with schizophrenia in Iran: a randomized controlled trial. *Iranian rehabilitation journal* 13: 84-8.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW ve ark. (1963) The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 185: 914-9.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 13: 399-404.
- Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A (1999) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nin (PANSS) Türkçe uygulamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 14: 23-32.
- 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.
- Lawton MP, Brody EM (1969) Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9: 179-86.
- Li J, Huang YG, Ran MS ve ark. (2018) Community-based comprehensive intervention for people with schizophrenia in Guangzhou, China: effects on clinical symptoms, social functioning, internalized stigma and discrimination. *Asian J Psychiatr* 34: 21-30.
- Lutgens D, Garipey G, Malla A (2017) Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 210: 324-32.
- Marcisin MJ, Rosenstock JB, Gannon JM (2016) Schizophrenia and Related Disorders. New York, Oxford University Press s. 248.
- Mitchell L, Gunaratne E (2007) Occupational therapists as life skills educators: experiences at the gage transition to independent living program. *Occupational Therapy Now* 9: 20-1.
- Nicol M, Robertson L, Connaughton J (2000) Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2: CD000381.
- Perilli V, Stasolla F, Maselli S ve ark. (2018) Occupational therapy and social skills training for enhancing constructive engagement of patients with schizophrenia: A review. *Clin Res Psychol* 1: 1-7.
- Roberts DL, Penn DL (2009) Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry Res* 166: 141-7.



- Roberts M (2008) Life skills. Occupational Therapy and Mental Health. 4. Baskı, Creek J, Lougher L (Eds), London, Churchill Livingstone, s. 359-81.
- Rosa AR, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A ve ark. (2007) Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. Clin Pract Epidemiol Ment Health 3: 5.
- Sadock BJ, Sadock, VA (2007) Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, s. 491.
- Samuel R, Thomas E, Jacob KS (2018) Instrumental activities of daily living dysfunction among people with schizophrenia. Indian J Psychol Med 40: 134-8.
- Sevi Mortan O, Tekinsav Sütcü S (2012) Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda bilişsel-davranışçı grup terapisi-Sistemik bir gözden geçirme. Türk Psikiyatri Derg 23: 206-18.
- Taksal A, Sudhir PM, Janakiprasad KK ve ark. (2016) Impact of the integrated psychological treatment (IPT) on social cognition, social skills and functioning in persons diagnosed with schizophrenia: a feasibility study from India. Psychosis 8: 214-25.
- Tatsumi E, Yotsumoto K, Nakamae T ve ark. (2011) Effects of occupational therapy on hospitalized chronic schizophrenia patients with severe negative symptoms. Kobe J Med Sci 57: 145-54.
- Tungpunkom P, Nicol M (2008) Life skills programmes for chronic mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev 2: CD000381.
- Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P ve ark. (2017). A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis. Schizophrenia bulletin 44: 475-91.
- Vittengl JR, White CN, McGovern RJ ve ark. (2006) Comparative validity of seven scoring systems for the instrumental activities of daily living scale in rural elders. Aging Ment Health 10: 40-7.
- Yaprak Erakay S (2001) Şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Yayımlanmamış uzmanlık tezi, İzmir, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S ve ark. (2002) Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi: Belirtilerle başetme ve ilaç tedavisi yaklaşımının Türkiye'de çok merkezli bir uygulaması. Türk Psikiyatri Derg 13: 41-7.