

# Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi\*

Belirtilerle Başetme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımının Türkiye’de Çok Merkezli Bir Uygulaması

Dr. Mustafa Yıldız<sup>1</sup>, Dr. Ayla YAZICI<sup>2</sup>, Dr. Süheyla ÜNAL<sup>3</sup>, Dr. Tamer AKER<sup>4</sup>, Dr. Güliz ÖZGEN<sup>4</sup>, Dr. Hakan EKMEKÇİ<sup>5</sup>, Dr. Baki DUY<sup>6</sup>, Dr. Fuat TORUN<sup>7</sup>, Hem. Gül ÜNSAL<sup>8</sup>, Dr. Sibel COŞKUN<sup>9</sup>, Psik. Birsen SİPAHİ<sup>10</sup>, S.H.O. Gönül ÇAKIL<sup>11</sup>, Hem. Medine ERYILDIZ<sup>12</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Şizofreni tedavisinde psikososyal beceri eğitimi programlarının tedavinin etkinliğini artırıcı etkisi bilinmektedir. Yaygın olarak kullanılan bir programın (Sosyal Beceri Eğitimi) modüllerinden iki tanesinin (Belirtilerle Başetme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımı) Türkçe’ye uyarlanarak uygulanması ve yararlarının saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma üç merkezde gerçekleştirildi. Okuma yazma bilen, dil sorunu, organik ruhsal bozukluğu olmayan, 18-60 yaş arasında, ayaktan antipsikotik ilaç tedavisinde ve stabil evrede olan 50 hasta alındı. Herbiri 5-7 kişi olan ve 8 ay süren 8 gruba çalışıldı. Hastalara uygulanan ilaç tedavisine karışılmadı. Hastalara gruba başlamadan önce ve grup eğitiminin sonunda Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Nitelikleri Ölçeği, İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği ve programda yer alan ilk ve son testler uygulandı. Ölçekler ve testlerden alınan ilk ve son puanlar karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Grup eğitimini 38(%76) hasta tamamladı. Hastaların yaş ortalaması 32±7, %84’ü erkek, %58’i 11 yıldan az eğitimli, %84’ü hiç evlenmemiş ve %97’si ailesiyle yaşıyordu. Hastalığın başlangıç yaşı 20±5 ve hastalığın süresi 12±7 yıl idi. Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği puanlarında anlamlı bir düşme (başlangıçta 42.0, eğitim sonunda 37.1, p<0.02), Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Nitelikleri Ölçeği puanlarında anlamlı bir artış (başlangıçta 67.5, eğitimin sonunda 75.3, p<0.01) oldu. Hastaların hastalığın tedavisi ve belirtileriyle ilgili bilgi düzeylerinde %20.6’lık bir artış gerçekleşti. Grup eğitiminin sonunda hastaların ilaç tedavisine uyumlarında da artış saptandı.

**Sonuç:** Program ilaç tedavisine uyumu ve tedavi etkinliğini artırmıştır. Tedavi etkinliğinin artması, grup ortamının da katkısıyla kazanılan diğer becerilerle birlikte yaşam kalitesinin artmasında rol almış olabilir. Uygulamasında herhangi bir sorunla karşılaşmayan bu programın şizofreni hastalarının tedavisinde önemli bir katkı sağlayacağı söylenebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Şizofreni, sosyal beceri eğitimi, ilaç tedavisi, belirtilerle başetme, tedaviye uyum, yaşam kalitesi.

## SUMMARY: Social Skills Training in Psychosocial Therapy of Schizophrenia: a Multicenter Study for Symptom Management and Medication Management Modules

**Objective:** It is known that psychosocial skills training programs increase the efficacy of schizophrenia treatment. The aim of this study was to carry out the Turkish version of two modules of a commonly used program, Social Skills Training (Medication Management and Symptom Management Modules), and to determine its possible benefits.

**Method:** The study was carried out at three sites. Fifty schizophrenic patients who were at least literate and who did not have language problems or organic mental diseases, aged 18-60, using antipsychotic agents in a standard dose and in a stable phase were included in the study. Eight training groups were formed. Each group consisted of 5-7 individuals and the study took approximately eight months. The Brief Psychiatric Rating Scale, the Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome, the Drug Treatment Compliance Scale and Pre- and Post-Tests of Social Skills Training were applied to the patients before and after the group education. The scores of the rating scales were compared.

**Results:** Thirty-eight (76%) patients completed the study. The mean age of the patients was 32±7, 84% were men, 58% had received less than 11 years, of education 84% had never married, and 97% were living with their families. The mean age of illness onset was 20±5 years, and the mean duration of the illness was 12±7 years. At the end of the study, the Brief Psychiatric Rating Scale scores (baseline 42.0, after the training 37.1, p<0.02), and the Quality of Life Scale scores (baseline 67.5, after the training 75.3, p<0.01) were significantly changed. The level of knowledge of the patients about the medication and symptoms of schizophrenia increased 20.6%. Drug treatment compliance had also increased by the end of the study.

**Conclusion:** The results show that this program contributed to the treatment compliance and treatment efficacy in schizophrenia. Increased treatment efficacy might have played a role in increasing of the quality of life a long with the group milieu. It may be concluded that this social skills training program, which did not encounter any problems in application, may contribute significantly to the treatment of schizophrenia.

**Key Words:** Schizophrenia, social skills training, medication management, symptom management, treatment compliance, quality of life

\*Çalışmanın maliyetini karşılayan Janssen-Cilag ilaç firmasına çalışma grubu olarak ve hastalarımıza adına teşekkür ederiz.

<sup>1</sup>Doç., <sup>7</sup>Araş. Gör., Kocaeli Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD, İzmit, <sup>2</sup>Üzm., <sup>4</sup>Doç., <sup>9</sup>Üzm. Hem., <sup>12</sup>Hem., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul. <sup>3</sup>Prof., <sup>6</sup>Araş. Gör., <sup>10</sup>Psk., <sup>11</sup>Sosyal Hizm. Uzm., İnönü Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD, Malatya, <sup>5</sup>Yard. Doç., Trakya Ü. Tıp Fak., Nöroloji AD., Edirne, <sup>8</sup>Araş. Gör., Marmara Ü. Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.

## GİRİŞ

Şizofreninin kişilerin yaşam kalitesini düşüren ve sık yinelemelerle aile ve toplumu da zorlayan olumsuz etkileri vardır (Knapp ve ark. 1999). Tek başına ilaç tedavisi uygulamalarının kişinin yaşam kalitesini bozan yinelemeleri önlemede yetersiz kaldığı bilinmektedir (Hogarty ve Ulrich 1998). Etkin bir sürdürüm tedavisi ile alevlenme oranının azaltılması hastaların işlevselliğini ve yaşam kalitesini artırmaya katkıda bulunacaktır. İlaç tedavisindeki kesilmeler alevlenmeleri arttırmakta (Weiden ve ark. 1996, Sullivan ve ark. 1995) ve hastalığın seyri kötüleşmektedir (Sheitman ve ark. 1997). İlaç tedavisinin psikososyal rehabilitasyon programlarıyla pekiştirilmesi tedavinin etkinliği artırmakta (Lieberman ve ark. 1986a, Marder ve ark. 1996) ve böylece hastaların yaşam kalitesi de yükselmektedir (Chambon ve ark. 1992, Birchwood ve Spencer 1999, Herz ve ark. 2000).

Şizofrenide bilişsel ve davranışçı tedavi tekniklerini kullanan beceri geliştirme tedavileri dünyada çeşitli merkezlerde yıllardır etkili bir biçimde kullanılmaktadır (Penn ve Mueser 1996, Heinsen ve ark. 2000). Türkiye’de şizofreni hastalarında psikososyal tedavi ve rehabilitasyon için yapılan olumlu çalışmalar olmakla birlikte (Soykan 1997, Demirel ve ark. 1998) yaygın olarak uygulanan yapılandırılmış bir eğitim programı henüz yoktur. Şizofreni hastalarında beceri geliştirmeyi temel alan bir yaklaşım olan Sosyal Beceri Eğitimi’nin (Lieberman ve ark. 1993) ülkemizdeki hastaların gereksinimleri doğrultusunda kullanılmasının önemli bir açığı kapatacağı varsayılmaktadır. Sosyal beceri eğitimi programında hastaların hastalıkla daha kolay başa çıkabilmeleri, sosyal işlevselliklerinin artırılması ve daha bağımsız yaşamaları amaçlanmaktadır.

Bu çalışmada Türk toplumunda Sosyal Beceri Eğitimi programının Belirtilerle Başetme ve İlaç Tedavisi Yaklaşımı modüllerinin uygulanması ve sekiz ay süren bu eğitimin öncesi ve sonrasında şizofreni hastalarındaki belirti düzeylerinde ve yaşam kalitesindeki değişikliklerin belirlenmesi amaçlandı.

## YÖNTEM

### Örneklem

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psiki-

yatri Kliniklerinde 1999 Aralık-2000 Haziran tarihleri arasında ayaktan tedavi gören, DSM-IV’e (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) göre şizofreni tanısı almış olan 18-60 yaş arasındaki 50 hasta çalışmaya alındı. Grup oturumları Bakırköy, İnönü Üniversitesi Hastanesi ve İstanbul Şizofreni Dostları Derneği olmak üzere üç merkezde gerçekleştirildi. Akut atak tedavisinden sonra grup ortamına uyum sağlayabilecek düzeyde işlevselliği olan hastalar programa kabul edildi. Eğitim düzeyi olarak hastaların okur-yazar olmaları yeterli kabul edildi. Dışlama ölçütü olarak 8 aylık bir çalışma programına katılmalarını engelleyecek düzeyde fiziksel özü (ortopedik özü, felç vb.) ya da sosyal sorunun (ulaşım, göç vs) olması, psikotik tablonun gruba uyumu bozacak derecede devam etmesi, dil sorunlarının olması ve organik ruhsal hastalığın (alkol ve madde bağımlılığı, mental retardasyon vb.) olması kabul edildi.

### Kullanılan araçlar

Daha çok davranışçı kuram ve teknikler esas alınarak Lieberman ve ekibi tarafından geliştirilmiş bir eğitim programı olan Social and Independent Living Skills: Symptom Management Module, Medication Management Module (Lieberman 1986, Lieberman 1988) araştırmacılar MY, HE, BD ve FT tarafından Türkçe’ye çevrildi ve uyarlandı. Sosyal Beceri Eğitimi (SBE): Belirtilerle Başetmek (BB) ve İlaç Tedavisi Yaklaşımı (İTY) olarak Türkçeleştirilen bu programda Eğitiminin Elkitabı, Hastanın Çalışma Kitabı ve video kaset malzemeleri bulunmaktadır. Modüllerin içeriğinin ayrıntısı başka bir yayında sunulmuştur (Yıldız 2000).

İTY modülünde iletişim becerileri, sorun çözme teknikleri, antipsikotik ilaçlar hakkında bilgi edinmek, kendi başına doğru ilaç kullanmayı ve tedavi durumunu değerlendirmeyi öğrenmek, ilaç yan etkilerini tanımak ve tedaviyle ilgili konuları sağlık ekibiyle görüşmek beceri alanları yer almaktadır. BB modülünde ise iletişim becerileri, sorun çözme teknikleri, alevlenmenin uyarıcı işaretlerini tanımak, uyarıcı işaretlerle başetmek, acil plan geliştirmek, inatçı belirtilerle başetmek, alkol ve uyuşturuculardan sakınmak beceri alanları yer almaktadır. Her iki modülde yer alan beceri alanları yedi öğrenme etkinliğiyle işlenmektedir. Bunlar; beceri alanına giriş, video izleme ve sorular/cevaplar, rol oynama, kaynak yaklaşımı, ortaya çıkan sorunlar, gerçek ortam alıştırma-

**TABLO 1.** Çalışma Grubunun Özellikleri (n: 38).

|                                     |          |
|-------------------------------------|----------|
| Yaş ortalaması (SS)                 | 32±7.2   |
| Eğitim, n (%)                       |          |
| 12 yıl ve ↑                         | 16(42.1) |
| 11 yıl ve ↓                         | 22(57.9) |
| Erkek cinsiyet, n(%)                | 32(84.2) |
| Medeni durum, n(%)                  |          |
| Hiç evlenmemiş                      | 32(84.2) |
| Evlilik yaşamış                     | 6(15.8)  |
| Tanı grupları, n(%)                 |          |
| Paranoid                            | 34(89.5) |
| Farklılaşmamış                      | 1(2.6)   |
| Rezidüel                            | 3(7.9)   |
| Yaşam biçimi, n(%)                  |          |
| Ailesiyle yaşıyor                   | 37(97.4) |
| İş durumu, n(%)                     |          |
| Hiç çalışmamış                      | 7(18.4)  |
| Geçici işlerde çalışmış             | 23(60.5) |
| Hastalığın süresi, yıl (SS)         | 12.4±6.9 |
| Hastalığın başlangıç yaşı, yıl (SS) | 19.5±4.7 |
| Hastaneye yatış sayısı, ort. (SS)   | 5.2±7.3  |

ları ve ev ödevleridir. Öğretme işlemleri; amacı oluşturma, bilgiyi aktarma, model olma, davranış provaları yapma, sosyal pekiştirme, destekleme, pratik yapma ve ev ödevleri verme gibi öğrenme tekniklerine dayanmaktadır (Lieberman ve ark. 1986b).

Sosyal Beceri Eğitiminde kullanılacak malzemeler eğitimcilerin kullanacağı el kitabı, hastaların kullanacağı çalışma kitabı, seanslar esnasında hastalara gösterilecek video kasetler, video cihazı, monitör, boş video kasetler, yazı tahtası, kalem, masa, sandalye ve koltuklardan ibarettir. Çalışmada Türkçe seslendirilmiş orijinal video kaset yerine aynı bilgilerin kullanıldığı ve yerli sanatçıların rol aldığı yeni video kaset kullanıldı. Video kasette program boyunca öğretilecek becerilerin örnekleri sunulmaktadır.

İlaç kullanımını öğrenmeyle ilgili beceri alanındaki tanımlama ve basamaklar Türkiye'deki preparat ve reçete sunumunun farklılığından dolayı günlük pratiğe uygun şekilde değiştirildi. Programın özgün halinde ilaçların kutudan önce bir peçete ya da kap üzerine boşaltılması, sonra mümkün olduğunca el teması olmadan bol su ya da meyve suyuyla içilmesi, daha sonra da kutuda kalan ilaçların sayılarak ilaç kutusunun kapağının sıkıca kapatılması yönergeleri vardı. Türkiye'de ilaçlar blister ambalajlar halinde paketlenildiği ve başka bir kaptan içmek yerine doğrudan elle içmek (allerjik tepkiler konusunda uyarıda buluna-

rak) daha pratik bulunduğu için böylesi bir değişiklik yapıldı.

'Şizofreni hastaları için bilgilendirilmiş olur' belgesinin doktorlar ve hastalar tarafından imzalanmasını içeren alıştırma Türkiye'de böylesi bir uygulama pratiği olmadığı için alıştırma pratiğinden çıkarılmıştır.

### İşlem

Hasta gruplarına eğitim verecek olan eğitimciler psikiyatri hastalarıyla çalışmış, psikotik hasta deneyimi olan kişilerden seçildi. 1 psikolog, 1 sosyal hizmet uzmanı ve 3 hemşireden oluşan 5 eğiticiye (GÜ, SC, BS, GÇ, ME) MY tarafından 1 hafta süreyle uygulamalı eğitim verildi. Sonra da gruplar oluştukça eğitimciler hastalara eğitim verdiler. Sosyal çalışmacı sayısı kurumsal olanaklar çerçevesinde yeterince sağlanamadığı için eğitimciler yerine göre sosyal çalışmacı/danışman (case manager) olarak da görev yaptılar. Danışmanın görevi gruba katılan hastaların sosyal desteklerini harekete geçirmek, onların programla ve hastaneyle olan ilişkilerini sürdürmelerini sağlamaktır. Çalışmanın gerçekleştirildiği kurumların olanakları ölçüsünde sosyal çalışmacı yalnızca bir merkezde (İnönü Üniversitesi) etkin görev aldı. Eğitimcilerle çalışma süresince danışma ve denetim verildi. Programda aktif rol alacak bir diğer kişi ise destek kişidir. Destek kişi programın bir bölümünde aile ya da yakınlarından seçilen ve eğitimin içine dahil edilen kişidir. Tedavinin sürdürülmesi ve izlenmesinde hastaya yardımcı olur.

Hastaların psikiyatrik belirti düzeyleri Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (KPDÖ) ile değerlendirildi. Overall ve Gorham'ın (1962) geliştirdiği KPDÖ'nün Ventura ve arkadaşları (1993) tarafından genişletilmiş 24 soruluk formu çalışmamızda kullanıldı. Araştırmacılar tarafından geliştirilen Şizofreni Değerlendirme ve İzlem Formu (ŞDİF), demografik bilgileri, DSM-IV tanı ölçütlerini ve İlaç Tedavisine Uyum Ölçeğini (İTUÖ) içermektedir. İlaç tedavisine uyum, a) kendiliğinden düzenli kullanıyor, b) yardımla düzenli kullanıyor, c) düzensiz kullanıyor ve d) uyumsuz olarak değerlendirildi. İlaç tedavisine uyum hastaların program boyunca doldurdıkları Tedaviyi Değerlendirme Çizelgeleri (TDÇ) dikkate alınarak yorumlandı. TDÇ hastaların ikinci beceri alanında öğrendikleri ve sonrasında hergün düzenli olarak doldurdıkları bir çizelgedir. Hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek

**TABLO 2.** Hastaların İlaç Tedavisine Uyumu (I: Eğitimden Önce, II: Eğitimden Sonra).

|                                  | I  |      | II |      |
|----------------------------------|----|------|----|------|
|                                  | n  | %    | n  | %    |
| Kendiliğinden düzenli kullanıyor | 24 | 63.2 | 30 | 79.0 |
| Yardımla düzenli kullanıyor      | 8  | 21.0 | 5  | 13.1 |
| Düzensiz kullanıyor, uyumsuz     | 6  | 15.8 | 3  | 7.9  |

için Şizofreni Hastaları için Yaşam Nitelikleri Ölçeği (ŞYNÖ) (Heinrichs ve ark. 1984) kullanıldı. Bu ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Soygür ve arkadaşları (Soygür ve ark. 2000) tarafından yapılmıştır. ŞYNÖ araştırmacılarından MY ve SÜ tarafından ancak Şizofreni Dostları Derneği ve İnönü Üniversitesinde gruplara katılan hastalara uygulanabilmektedir.

### Uygulama

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde 3, bu hastaneden yönlendirilen hastalar için İstanbul Şizofreni Dostları Derneği'nde 3 ve İnönü Üniversitesi Psikiyatri Kliniği'nde 2 grup yapıldı. Hastalar 5-7 kişilik gruplar halinde eğitime alındı. Program haftada birgün 2 saat sabah, 2 saat öğleden sonra olacak şekilde düzenlendi. Aralarda hastaların kahve ve çay içmeleri sağlandı. Hastaların ulaşım ve öğle yemeği masrafları günlük 2.5 milyon lira olarak karşılandı.

SBE'nin iki modülünden önce İTY (4 ay) sonra BB (4 ay) modülü uygulandı. Her modülün başlangıcında ve bitiminde beceri alanlarının içeriğiyle ilgili olarak ilk ve son testler eğiticiler tarafından uygulandı. Modüller tamamlandıktan sonra hastalara başarı sertifikaları verildi.

### Değerlendirme

Hastalar programa başlarken ve bitirdikten sonra ilaç tedavisine uyum (İTUÖ), bilgi dereceleri (ilk ve son testler), yaşam nitelikleri (ŞYNÖ) ve semptomları (KPDÖ) açısından ölçek puanlarıyla karşılaştırıldılar. İlk ve son puanlar arasındaki farkın anlamlılıkları bağımlı gruplarda t testi ve Wilcoxon eşleştirilmiş iki örnek testi kullanılarak incelendi. Modül uygulamalarının başlangıcında ve sonunda uygulanan ilk ve son testlerden alınan puanlar yüzde olarak karşılaştırıldı.

### BULGULAR

Çalışmaya 50 şizofreni hastası katıldı. 8 grup 38 (%76) hasta ile tamamlandı. Gruba devam

edemeyen 12 hasta değişik aşamalarda grubu bıraktılar. Bunlardan altı kişilik bir grup bir eğiticinin özel sorunları ve eğitim ortamından kaynaklanan nedenlerle yalnızca bir modülü tamamlayabildi ve çalışma dışı bırakıldı. Üç kişi neden bildirmeksizin gruba devam etmedi. İki kişinin hastalığı yineledi ve hastaneye yattı. Bir kişi de yeni bir işe başladığı için gruptan ayrıldı. Grubu tamamlayan 38 hastanın özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Programın ilk seanslarında uygulanan ilk testte hastaların her iki modül için doğru yanıt verme oranı %68.9 iken program sonunda bu oran %83.2'ye çıktı. Doğru cevaplama %20.6'lık bir artış oldu.

Gruplara katılan hastalarda alkol ve uyuşturucu kötüye kullanımı ya da bağımlılığı yoktu. Yalnızca 6 hastada (%15.8) zaman zaman alkollü içki kullanımı vardı. 'Alkol ve uyuşturucudan sakınmak' beceri alanı hemen her grupta daha kısa çalışıldı. Bu beceri alanı hastalar için daha çok uyarıcı niteliği taşıdı.

Hastalar ev ödevlerini yapmakta genelde istekli bulundular. Uyarıcı işaretler ve inatçı belirtiler çizelgelerinin doldurulmasında hastaların hemen yarısı zorlandı. Çizelgeleri düzenli olarak dolduran hastalar eğitim düzeyi 12 yıl ve üzerindeki olanlardı. Eğitimi liseden ileriye geçememiş olan ya da erken yaşlarda hastalanmış olup eğitimi erken yaşlarda bırakanlar çizelgeleri düzenli olarak doldurmada güçlük çektiler. Onlar için destek kişilerin yardımı önemli rol oynadı.

Programla birlikte hastaların ilaç kullanmaya uyumu arttı (Tablo 2). Kendiliğinden düzenli ilaç kullanma oranı eğitimin başlangıcında %63.2 iken eğitim sonunda bu oran %79'a yükseldi. Tedaviye uyumsuzluk oranı da %15.8'den %7.9'a düştü. Burada Tedaviyi Değerlendirme Çizelgesini düzenli olarak doldurmalarının ve bunun her seansta kontrol edilmesinin önemli rolü oldu. Her grup oturumu aynı zamanda hastalar için bilgi tazeleme kaynağıydı.

**TABLO 3.** Hastaların Grup Öncesi ve Sonrası KPDÖ ve ŞYNÖ Puanları.

|        | N  | Başlangıçta | 8 ay sonra |
|--------|----|-------------|------------|
| KPDÖ*  | 38 | 42.0        | 37.1       |
| ŞYNÖ** | 25 | 67.5        | 75.3       |

\*t= 2.47, df= 33, p<0.02

\*\*Wilcoxon Signed Ranks Test, w= 5.22, p<0.01

Hastaların tamamına eğitime başlamadan önce ve sonra KPDÖ uygulandı. ŞYNÖ 25 hastaya uygulandı. Grup öncesi ve eğitim tamamlandıktan sonraki puanları karşılaştırmalı olarak Tablo 3'te verilmiştir. Her iki ölçek puanlarında da anlamlı bir değişme saptandı.

### TARTIŞMA

Sosyal Beceri Programı'nın hastaların eğitim ve kültürel özelliklerine göre yeni düzenlemelere olanak sağlamak gibi esnek bir özelliği vardır. Kolayca öğrenilebilecek ve uygulanabilecek pratik bir eğitim paketidir. Bu açıdan kültürel katkılara açıktır ve değişik kültürlerle kolayca adapte edilebilmektedir (Schaub ve ark. 1998, Favrod ve ark. 1998, Ikebuchi ve ark. 1998). Bizim çalışmamızda ilaç kullanma teknikleri, bilgilendirilmiş olurun imzalanması ve sorun çözme alıştırmalarındaki bazı örnek sorunlar dışında programda önemli bir değişiklik yapılmasına gerek duyulmamıştır.

Eğiticiler için bu program ilk uygulama olmasına rağmen pratik bir zorlukla karşılaşılma. Eğitimin elkitabındaki yönergeler doğrultusunda eğitim gerçekleştirildi. Grubun ihtiyacına göre gereken esnekliği sağlamada eğiticiler kendilerini özgür hissettiler. Bu esneklik verilen bilgilerin anlaşılması için yapılan tekrarlar, video gösterilerinin tekrarları, rol oynamaların tekrarı, sorun çözme yöntemlerinde hastaların günlük yaşamlarından örnek sorunların çözülmesi, alıştırmalar için zaman ayarlaması, ev ödevlerinin gerçekleştirilmesinde sabırlı ve ısrarlı tutum ve grubun ortalamasına göre gidiş hızının ayarlanmasını içermektedir.

Hastaların programa devamlarında eğitimi etkileyecek düzeyde bir sorun yaşanmadı. 6 kişilik bir grup ikinci modülü tamamlayamazken diğer 6 kişi programa devam edemedi. Dolayısıyla programı bırakma oranı %12'dir. 8 aylık bir program süreci için bu düşme gözardı edilebilecek bir ra-

kam olarak değerlendirilebilir. Eğitimi tamamlayan hastalar genelde gruba gelmekte çok istekli davrandılar. Grup ortamının kendilerine çok iyi geldiğini bildirdiler. Bir hasta 'haftanın her günü bugün buraya geleceğimi düşünerek mutlu oluyorum' diyerek grubun kendisi için önemini ifade etti.

Rol oynamalara ısınmada ve uygulamada kültürel herhangi bir sorun yaşanmadı. Hastaların rol oynama konusunda bir hayli istekli oldukları gözlemlendi. Rol oynamayla iletişime dayalı sosyallik düzeylerinin arttığı gözlemlendi. Gruba başlamadan önce diğer insanlarla iletişimi kesilmiş olan bir hasta 'rol oynamalardan sonra kendimi daha rahat hissediyorum, başkalarıyla da konuşmaya başladım artık' diyerek rol oynama uygulamalarının olumlu sonuçlarını gruptaki diğer hastalarla paylaştı. Hastalar grup süreci içerisinde iletişim becerilerinin arttığını birbirlerine ifade ederek aynı zamanda destekleyici rol de oynadılar.

'Destek kişi' kavramı Türk kültürü için yabancı değildir. Herbir hasta için aile bireylerinden yeterince destek kişi sağlanabilmiştir. Bir hasta dışında bütün hastalar aileleriyle birlikte yaşamaktaydılar. Aileler hastalarının gruba katılımlarını desteklediler ve kendilerine düşen görevleri yerine getirdiler.

Uyarıcı işaretlerin, inatçı belirtilerin izlenmesinde aileden seçilen destek kişilerin olumlu katkısı oldu. Uyarıcı işaretlerin izlenmesinde destek kişilerin ve hastaların onayını isteyen 'sözleşme' uygulaması Türk kültürüne yabancı olmakla birlikte hastalar ve yakınları tarafından olumlu karşılandı. Bu sözleşmeyi hasta ve yakınlarının hepsi imzaladı.

Herbir olgunun program boyunca takibinden sorumlu olan danışmanın iki grup dışında diğer gruplarda yer almaması ciddi bir sorun olarak değerlendirilebilir. Programın işlerliği açısından sosyal çalışmacı ya da danışman önemli bir öğedir. Eğitim döneminde öğrenilmiş becerilerin hastaların ilerideki yaşamlarında kalıcılığının devam etmesinde danışmanların etkin rolleri bulunmaktadır (Lieberman ve ark. 1998). Eğitim sırasında ve sonrasında hastalarla tedavi ortamları arasındaki bağın devamını sağlayacak olan bu kişilere ülkemizdeki psikiyatri uygulamaları henüz yabancıdır. Rehabilitasyon çalışmalarında danışmanların rolü ayrı bir çalışma ve tartışma konusu olmalıdır.

Sosyal beceri eğitiminin psikotik belirtiler üzerine doğrudan bir etkisi olmamakla birlikte eğitimi tamamlayan hastaların başlangıçtaki ve sonraki KPDÖ puanları arasında anlamlı bir farkın ortaya çıkmış olması eğitimin ilaç tedavisine uyumu artırmasıyla açıklanabilir (Eckman ve ark. 1992). Eğitim sürecinde kazandıkları sorun çözme/stresle başa çıkma becerilerinin de psikiyatrik belirtilerin sıklık ve şiddetinde azalmaya neden olması mümkündür (Corrigan ve ark. 1992). Beceri eğitimi programlarının negatif belirtiler üzerinde olumlu etkisi olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Dobson ve ark. 1995). Aynı zamanda hastaların grup eğitimi sayesinde düzenli kontrollerinin yapılmış olmasının da olumlu katkısı olabilir. Çalışmamızda hastaların ilaç tedavilerine karışmamış ve kontrol grubu kullanılmamıştır. Dolayısıyla burada psikiyatrik belirtiler üzerine ne kadar ilaçların, ne kadar eğitim programının ve ne kadar da grup ortamının etkisi olduğunu anlamak mümkün değildir. Ancak KPDÖ puanlarındaki düşme genel olarak olumlu bir sonuçtur. Bu noktada eğitim programlarının etkinliğini ortaya koyabilmek için ülkemizde karşılaştırmalı çalışmalara gereksinim vardır.

Hastaların hastalık ve tedavisi konusunda bilgi düzeylerinde %20.6'lık bir artış görülmüştür. Eğiticilerin ilk eğitim denemesi olmasına rağmen bu bulgu anlamlı bir artış olarak değerlendirilebilir. Eğer bilgi beceri haline dönüşmüşse kişinin yaşamında etkin bir rolü olacaktır. Bunu anlamanın yolu izleme çalışmalarıyla test etmektir. SBE verilen şizofreni hastalarında etkinin sürdürülmesi için destek seanslarının devam etmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Dobson ve ark. 1995, Liberman ve ark. 1998).

Grup ortamının bizzat kendisinin de hastaların sosyalleşmesi ve beceri geliştirmede pratik yapılarını kolaylaştırıcı etkisi gözlemlendi. Gruba geldiklerinde kendi aralarında yaşanan kaynaşma grup dışında da devam etti. Hastalar birlikte kendi düzenledikleri çeşitli sosyal ve kültürel etkinliklere katılma şansı buldular.

Program hastaların yaşam kalitesini artırmıştır. Başlangıçta ve 8 ay sonraki yaşam nitelikleri puanları arasındaki anlamlı farklılık bunu kanıtladı. Bu sonuç doğal olarak yalnızca eğitimin değil,

psikiyatrik belirtilerdeki azalmanın ve grup ortamının da etkisini içermektedir. Süreç içerisinde hastalarda yaşanan/gelişen öğrenme etkinlikleri, kendi hastalıkları üzerinde etkin rol almaları, başa çıkma becerilerinin gelişmesi, grup içi etkileşimlerin grup dışında da sürmesi, stres algılarının eğitimle değişmiş olması ve aidiyet hislerinin gelişmesi gibi etkenlerin sosyal yeterliliğe olumlu etkide bulunarak yaşam kalitesinin artmasında rol oynadıkları söylenebilir (Liberman ve ark. 1993, Chambon ve ark. 1992, Ahmed ve Goldman 1994). Bu eğitim programının aile eğitim programlarıyla birlikte/paralel yürütülmesinin tedavi-deki etkinliği daha da artırması beklenir.

Çalışmada kontrol grubunun yer almamış olması önemli bir eksikliktir. Aynı zamanda çalışmaya katılan hastalar daha önce herhangi bir grup eğitimine katılmamış ve sadece grup etkinliğinden bile yararlanma olasılığı olan bireylerdir. Bu nedenle bu çalışmayla programın etkinliğini doğrudan kendi yapısına bağlamak biraz iddialı olur. Bu alanda kontrol grubu kullanarak yapılacak başka çalışmalara gereksinim vardır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin çalışma grubu üyeleri tarafından uygulanmış olması da yanlılığı dışlamaya engeldir. Ölçekleri kullanacak araştırmacıların artmasıyla uygulayıcı ve yorumcuların ayrı olacağı çalışmaların yapılabilmesi mümkün olacaktır. Çalışmanın değerlendirilmesi hemen eğitimin bitiminde yapılmıştır. Eğitimin ve grubun tazeligi sonuçları etkileyebilir. Eğitimden sonraki aylar ya da yıllarda yapılacak ölçümler ve izlemler program hakkında daha net şeyler söylemeye olanak tanıyacaktır.

## SONUÇ

Çalışma kısıtlılıklarına rağmen şizofreni hastalarının beceri eğitimi temelli psikososyal grup tedavilerinden yararlanacaklarını göstermektedir. Sosyal Beceri Eğitimi programı çerçevesinde öncelikle Türkçe'ye kazandırılmış olan bu iki modülün yaygın bir şekilde uygulamaya başlanması Türkiye'deki şizofreni tedavisi ve rehabilitasyonunda yeni boyutlar kazandıracağını düşünmekteyiz. Bu modüllerin kullanıma geçmesi ve benzerlerinin rehabilitasyon programlarında yerini alması uygun olacaktır.

## KAYNAKLAR

- Ahmed M, Goldman JA (1994) Cognitive rehabilitation of adults with severe and persistent mental illness: A group model. *Community Ment Health J*, 30 (4):385-394.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), (Çev. Ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Birchwood M, Spencer E (1999) Psychotherapies for schizophrenia: A review. *Schizophrenia Cilt 2*, Maj M, Sartorius N (Ed) John Wiley and Sons Ltd, Chishester, s:147-214.
- Chambon O, Eckman T, Trinh A ve ark. (1992) Social skills training as a way of improving quality of life among chronic mentally ill patients: presentation of a theoretical model. *Eur Psychiatry*, 7:213-220.
- Corrigan PW, Schade ML, Liberman RP (1992) Social skills training. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Liberman RP (Ed), MA, Allyn and Bacon, s:95-126.
- Demirel Ü, Biber B, Alptekin K ve ark. (1998) Kronik psikiyatrik hastaların sosyal yaşama adaptasyonu ve ailelerine yönelik pilot çalışma. *Sosyal Hizmetler Dergisi*, 7(1):30-35.
- Dobson DJG, McDougall G, Blusheikin J ve ark. (1995) Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 46:376-380.
- Eckman TA, Liberman RP, Phipps CC ve ark. (1992) Teaching medication management skills to schizophrenic patients. *J Clin Psychopharmacol*, 10:33-38.
- Favrod J, Mcquillan A, Pomini V ve ark. (1998) Training interpersonal problem-solving skills in French-speaking Switzerland. *Internat Rev Psychiatry*, 10:30-34.
- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT (1984) The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull*, 10(3):388-398.
- Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A (2000) Psychosocial skills training in schizophrenia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 57:277-283.
- Herz MI, Lambert JS, Mintz J ve ark. (2000) A program for relapse prevention in schizophrenia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 57:277-283.
- Hogarty GE, Ulrich RF (1998) The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *J Psychiatr Res*, 32:243-250.
- Ikebuchi E, Anzai N, Niwa SI (1998) Adoption and dissemination of social skills training in Japan: a decade of experience (1988-1997). *Internat Rev Psychiatry*, 10:71-75.
- Knapp M, Almond S, Percudani M (1999) Costs of schizophrenia: review. *Schizophrenia*. Maj M, Sartorius N (Ed) England, Chishester. John Wiley Sons Ltd. s:407-454.
- Liberman RP (1986) Social and Independent Living Skills: Medication-Management Module, Trainer's Manuel. UCLA Department of Psychiatry, Los Angeles, CA.
- Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ (1986a) Social skills training for schizophrenic individuals at risk of relapse. *Am J Psychiatry*, 143:523-526.
- Liberman LP, Mueser KT, Wallace CJ ve ark. (1986b) Training skills in the psychiatrically disabled; learning coping and competence. *Schizophr Bulletin*, 2(4): 631-647.
- Liberman RP (1988) Social and Independent Living Skills: Symptom Management Module, Trainer's Manuel. UCLA Department of Psychiatry, Los Angeles, CA.
- Liberman LP, Wallace CJ, Blackwell G ve ark. (1993) Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA Social and Independent Living Skills modules. *Innovations and Research*, 2:43-60.
- Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G ve ark. (1998) Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 155:1087-1091.
- Marder SR, Wirshing WC, Mintz J ve ark. (1996) Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 153:1585-1592.
- Overall JE, Gorham DR (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10:799-812.
- Penn DL, Mueser KT (1996) Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 153:607-617.
- Schaub A, Behrendt B, Brenner HD (1998) A multi-hospital evaluation of the medication and symptom management modules in Germany and Switzerland. *Internat Rev Psychiatry*, 10:42-46.
- Sheitman BB, Lee H, Strauss R ve ark. (1997) The evaluation and treatment of first-episode psychosis. *Schizophr Bull*, 23:653-661.
- Soygür H, Aybaş M, Hınçal G ve ark. (2000) Şizofreni hastaları için yaşam nitelikleri ölçeği: Güvenirlilik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 13(4):204-210.
- Soykan Ç (1997) Bir psikososyal rehabilitasyon uygulaması; gündüz hastanesi. *Şizofrenide Yeni Ufuklar*. Dilbaz N, Bayam G (Ed) Ankara, s. 161-170.
- Sullivan G, Wells KB, Morgenstern H ve ark. (1995) Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: a case-control study of seriously mental ill persons in Mississippi. *Am J Psychiatry*, 152:1749-1756.
- Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH ve ark. (1993) Manual for the expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Internat J Meth in Psychiatr Research*, 3:221-244.
- Weiden P, Aquila R, Standard J (1996) Atypical antipsychotic drugs and long-term outcome in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 57:53-60.
- Yıldız M (2000) Sosyal ve Bağımsız Yaşamak İçin Şizofrenide Beceri Geliştirme Eğitimi: İlaç tedavisini ve belirtilerle baş etmeyi öğrenmek. *Bahar Sempozyumları 4, Sempozyum Kitabı*, s. 38-40.