

Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile ve Gönüllülerle Yürütülen Bir Kulüp-Ev Denemesi

Dr. Mustafa YILDIZ¹, Dr. Ümit TURAL², Selvet KURDOĞLU³, Dr. Mehmet EMİN ÖNDER⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada ayakta tedavi gören şizofreni hastalarının rehabilitasyonu için toplum içerisinde ve kolay uygulanabileceği varsayılarak araştırmacılar tarafından geliştirilen resmi olmayan bir modelin denenmesi amaçlandı.

Yöntem: Ayaktan tedavi gören 14 şizofreni hastasına İzmit Bizim Bahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği'nde 8 ay süreyle 'Psikososyal Rehabilitasyon Kulüp-evi' şeklinde bir psikolog yönetiminde gönüllüler ve aileler tarafından rehabilitasyon hizmeti verildi. Hastaların klinik durumlarıyla ilgili tedavi ekibiyle işbirliği kuruldu. Programda destek terapisine, günlük yaşam faaliyetlerine, iş çalışmalarına, spora, kültürel, eğlenceli ve sosyal faaliyetlere yer verildi. Programın başında ve sonunda hastaların yaşam kaliteleri Şizofreni Hastaları için Yaşam Nitelikleri Ölçeği (ŞYNÖ) ile, klinik durumları Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ile, sosyal işlevsellik düzeyleri de Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD) ile değerlendirildi.

Bulgular: Programı 14 hasta ortalama %73 devamla tamamladı. Programın sonunda hastaların klinik durumunda ve sosyal işlevsellik düzeyinde olumlu yönde artma oldu. SİÖ'nde (başlangıçta 105.1±20.6, sonda 133.7±17.1; p<0.001), İGD'nde (başlangıçta 53.4±10.5, sonda 66.0±8.1; p<0.001), ŞYNÖ'nde (başlangıçta 62.8±17.4, sonda 93.4±19.8; p<0.001) ve PANSS'ta (başlangıçta 70.3±16.9, sonda 61.9±16.5; p<0.002) değişiklik kaydedildi.

Sonuç: Türkiye'de ilk kez uygulanan kulüp-ev ruhsal toplumsal rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının tedavisine olumlu katkılarda bulunduğu gösterilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, rehabilitasyon, sonuç değerlendirilmesi

SUMMARY: An Experience of a Clubhouse run by Families and Volunteers for Schizophrenia Rehabilitation

Objective: To test the efficacy of a non-governmental psychosocial rehabilitation program (Psychosocial Rehabilitation Clubhouse), which was developed by the authors and thought to be easy to put into practice for patients with schizophrenia.

Method: Patients with schizophrenia (n: 14) were serviced at "İzmit Our Garden Solidarity Foundation of Families of Patients with Schizophrenia" for 8 months. Rehabilitation services were totally conducted by families and volunteers, and ran by a volunteer psychologist. Program included daily activities, cultural, leisure and social activities, one day in a week. Patients were assessed by using the Quality of Life Scale (QLS), Social Functioning Scale (SFS), Global Assessment Scale (GAS), and Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) at baseline and at the end of the study.

Results: All patients (n:14) completed the program with 73% mean presence in the activities. Increase of the social functioning and the good clinical outcome was observed in patients. The results of the scales were as follows: SFS at baseline 105.1±20.6, in the end 133.7±17.1, (p<0.001); GAS at baseline 53.4±10.5, in the end 66.0±8.1, (p<0.001); QLS at baseline 62.8±17.4, in the end 93.4±19.8, (p<0.001); and PANSS in the baseline 70.3±16.9, in the end 61.9±16.5, (p<0.002).

Conclusion: Psychosocial clubhouse rehabilitation program run by patients' families and volunteers in a small foundation environment, which is the first trial in Turkey, has been carried out successfully.

Key Words: Schizophrenia, rehabilitation, outcome assessment

Teşekkür: Çalışmanın yürütülmesinde emeği geçen hasta ailelerine, gönüllülerden Gülay Başer'e, Alev Yılgin'a, Nursen Kumbaşlı'ya, piknik düzenlenmesi ve Akıl Oyunları filmine gidilmesindeki katkılarından dolayı Lilly ilaç firmasına, sinema ve tiyatro biletlerini üyelere ücretsiz sağlayan İzmit Büyük Şehir Belediye'sine teşekkür ederiz.

¹Doç., ²Yrd. Doç., ³Psk., ⁴Prof., Kocaeli Ü Tıp Fak., Psikiyatri AD., Kocaeli.

GİRİŞ

Psikiyatrik rehabilitasyon çalışmaları ruhsal bozukluğu olan hastalarda yeti yitiminin azaltılmasına, ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevselliğin artırılmasına, sonuç olarak da yaşam doyumu- nun/ kalitesinin yükseltilmesine odaklanmaktadır (Anthony ve Liberman 1992). Hastaların hasta kimlikleri dışında toplumsal bir birey olabilmelerini sağlamak ve kişiliklerine yeni boyutlar katabilmek rehabilitasyonun temel amaçlarından biridir. Hastanın kendisini toplum içerisinde bağımsız bir birey olarak algılaması ve faal olması için yapılacak olan her girişim rehabilitasyon hizmetleri içerisinde değerlendirilmektedir (Liberman ve ark. 2000, Pratt ve ark. 1999a). Ruhsal toplumsal rehabilitasyonda hastaların yerlilik düzeyini artırmak için beceri eğitimi, aile eğitimi, akrân desteği, meslek kazandırma ve hasta-toplum etkileşim kaynaklarını artırma gibi girişimler düzenli ve organize bir şekilde uygulanmalıdır (Cnaan ve ark. 1990, Barton 1999).

Şizofreni ve şizoafektif bozukluk gibi ciddi ruhsal rahatsızlığı olan hastaların işlevselliklerini ve yaşam kalitesini artırmak için toplum içerisinde yürütülen çeşitli rehabilitasyon çalışmaları bulunmaktadır. Bu alanda 2-4 ay gibi kısa süreli programların yaşam kalitesinin artmasında etkisi olsa bile klinik durumda belirgin bir değişikliğe neden olmadığı bilinmektedir (Browne ve ark. 1996). Ancak Ruhsal Toplumsal Rehabilitasyon Kulüp-evi, Toplumda Yaşama Programı ve Olgu Yönetimi gibi toplum içerisinde rehabilitasyon amaçlı yürütülen programların birkaç yıl gibi uzun süreli uygulamalarının hastaların klinik düzelmelerinde, işlevselliklerinin artmasında ve öznel iyilik hallerinin devamında etkili oldukları bildirilmektedir (Brekke ve Long 2000). Toplum içerisinde uygulanan ruhsal toplumsal rehabilitasyon programlarının hastaların hastaneye yatışlarını azaltarak tedavi maliyetini de önemli ölçüde düşürdüğü bilinmektedir (Barton 1999).

Şizofreni hastalarının 1960'lı ve 70'li yıllardaki kurum-dışı tedavilerine olanak sağlayan gelişmelerden sonra toplum içi rehabilitasyon programları özellikle batılı ülkelerde hız kazanmıştır. Ancak kulüp-ev modelinin tarihi biraz daha eskie 40'lı yıllara gitmektedir. Hastanelerden taburcu olan şizofreni hastalarının 'biz yalnız değiliz' felsefesiyle oluşturdukları ilk kulüp-evi 1948'de New York'ta Fountain House ismiyle kurulmuştur. Başlangıçta üyeler için bir toplumsal destek

ve toplanma yeri olarak çalışırken sonraları profesyonel insanların da devreye girmesiyle eski ruhunu yitirmeksizin psikiyatrik rehabilitasyon merkezi olarak çalışmaya başlamıştır. Dünyanın çeşitli yerlerinde sayıları giderek artan kulüp-evlerin temel amacı üyelerinin ruhsal patolojilerini dikkate almaksızın onların toplumsal, bağımsız, gerektiğinde ulaşabileceği desteklerle donatılmış doyumlu bir yaşam sürmelerini kolaylaştırmaktır (Pratt ve ark. 1999b).

Şizofreninin rehabilitasyonuna yönelik yapılandırılmış programlar açısından Türkiye'deki uygulamaların yetersiz olduğu söylenebilir. Klinikteki tedavilerden sonra ayaktan izlemede grup tedavileri yürüten ve gündüz hastanesi uygulamaları yapan bazı merkezlerin (Soykan 1977, Demirel ve ark. 1998, Üçok ve ark. 2001, Yıldız 2002) yanı sıra çeşitli illerde hasta yakınları ve profesyonellerin birlikte kurmuş oldukları şizofreni derneklerinde amatörce yürütülen çalışmalar bulunmaktadır (Erkoç ve ark. 2000). Kocaeli'nde Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'nde şizofreni hastaları ve yakınlarına uygulanan ruhsal toplumsal beceri eğitimi programı sonucunda ailelerin hastalarına hastane ortamları dışında da toplumsallaşma olanağı sağlayacak ortamların oluşturulması gereğine olan inançları doğrultusunda hasta yakınları tarafından İzmit Bizim Bahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği kurulmuştur. Derneğin hastane dışında resmi olmayan bir ortam olması ve ailelerin işine girerek hastalarına hastane dışında birlikte yardımcı olmak istemeleri üzerine dernek yönetimine hastalara yönelik bir rehabilitasyon çalışması önerilmiştir. Dernek yönetiminin bu teklifi kabul etmesi üzerine dernek ortamının bir kulüp-ev modeli olarak kullanılarak gerçekleştirilecek bir rehabilitasyon planı çıkarılmıştır (Yıldız 2002).

Bu çalışmanın amacı psikiyatrik rehabilitasyona yönelik çaba ve kaynakların yetersiz olduğu ülkemiz koşullarında şizofreni hastalarına yönelik olarak eldeki olanaklarla ailelerin de içerisinde rol aldığı yeni, ucuz ve etkili bir rehabilitasyon modelini denemek ve bu modelin hastaların işlevselliği üzerine olan etkisini araştırmaktır.

Yöntem

Örneklem

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'nde DSM-IV'e (APA 1994) göre şizofreni

TABLO 1. Rehabilitasyon Çalışmasına Katılan Hastaların (n:14) Demografik Özellikleri.

Özellikler	Sayı	Yüzde	Ortalama (standart sapma)
Yaş			29.1±10.8
Cins (erkek)	9	64.3	
Eğitim yılı			9.8 ±3.5
Medeni durum			
Hiç evlenmemiş	11	78.6	
Boşanmış	1	7.1	
Evli	2	14.3	
İş yaşamı			
İşsiz	9	64.3	
Öğrenci	2	14.3	
Emekli	2	14.3	
Serbest meslek	1	7.1	
Yaşam biçimi			
Ailesiyle	12	85.7	
Eşi ve çocuklarıyla	2	14.3	
Hastalığın tipi			
Paranoid	9	64.3	
Diğer	5	35.7	
Hastalığın süresi (yıl)			11.1 ±8.6

zofreni tanısıyla ayaktan izlenen ve aynı klinikte ruhsal toplumsal beceri eğitimi almış olan, rehabilitasyon çalışması için sözlü onay veren 14 hasta İzmit Bizim Bahçe Şizofreni Yakınları Dayanışma Derneği'nde rehabilitasyon programına alındı. Programa dahil olan hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

İşlem

Programın başlangıcında aileler ve hastalarla bir toplantı yapılarak programın içeriği tanıtıldı. Ailelerin bu programda haftada bir gün nöbetleşe derneğe gelerek yemek masrafları ve yapımını karşılamaları önerildi. Aileler bu öneriyi kabul ettiler ve malzemeleri gerekirse evlerinden getirerek bu faaliyeti destekleyeceklerini bildirdiler. İki gönüllü dernek üyesi ve hasta ailelerinin yardımcı olarak katıldığı programı bir psikolog yönetti. Program 2002 Ocak-2002 Ağustos tarihleri arasında haftada 1 gün olmak üzere 8 ay süresince uygulandı.

Programın içeriği

Rehabilitasyon programının bir günlük düzen ve içeriği şöyle idi: Günaydın toplantısı, geçen haftanın değerlendirilmesi, sabah çayı (1 saat); Destek terapisi: Psikolojik destek ve sorun çözümleri (1 saat); Öğle yemeği: Birlikte yemek yapmak, sofraya düzenlenmesi, bulaşık yıkamak (1

saat); Uğraş tedavisi: Süs eşyası yapma, resim yapma, takı yapımı, bahçecilik vs (1 saat); Oyun-eğlence: Çay içme, kağıt, tavla, okey vs. oyunlar oynama (1 saat); Spor: Futbol, basketbol, yürüyüş vs. (1 saat); Günün değerlendirilmesi (o günün değerlendirilmesi ve gelecek hafta için plan yapmak); Ev ödevleri: Her hastanın bireysel gereksinimleri dikkate alınarak evde ya da toplumsal ortamlarda yapması gereken faaliyetleri (iş vs.) ev ödevleri şeklinde düzenlemek; Kültürel faaliyetler (15 günde bir kez sinemaya ve/veya tiyatroya gitmek); Geziler (ayda bir kez kır gezisi ya da müze vs. gezi düzenlemek).

Yapılan faaliyetler

Program süresince destek terapisi oturumlarında önceden öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesi, iletişim becerilerinin artırılması, stresle başa çıkma, özgüveni artırma, sorun çözme, bilişsel zenginleşme ve girişimci olma çalışmaları yapıldı. Bir kez toplu olarak sinemaya gidildi (Akıl Oyunları filmi). Büyükşehir Belediyesi'yle görüşülerek hastalara ücretsiz giriş hakkı alındı ve 15 günde bir tiyatroya gidildi. Hastaların hemen hepsi bu faaliyete değişik oranlarda katıldılar. Ailelerden de katılım oldu. Üç kez piknik yapıldı, birinde bu faaliyet İstanbul Şizofreni Dostları Derneği'nden 25 üye ile birlikte gerçekleştirildi. Bir gönüllünün desteğiyle iki kez tekne gezisine çıkıldı. Her ay bir kez o ay doğum günü olan üyeler için doğum günü partisi düzenlendi. Toplantı günlerinde yemek masrafları ve hazırlanmasında hasta aileleri sırayla görev aldılar. Masraflar ve düzenleme o günün görevlisi aileye ait oldu. Hastalar çay ve yemek servislerinde sırayla görev aldılar. Dernek üyeleri hastaların bireysel özelliklerini tanıdıktan sonra onlar için çevrede iş arayışına giriştiler. Bir erkek hasta İzmit Fuarı'nda geçici işe yerleştirildi. İş yerinde denetleme ile yardımcı olundu. Bu üye işte tam zamanlı çalışarak başarılı oldu. Bir hastaya ev ödevleri verilerek babasının iş yerinde her gün 2 saat çalışması sağlandı. İki hasta üye derneğin temizliği ve bahçeye ekilen çiçeklerin bakımından sorumlu tutuldular, onlar da bu görevi düzenli olarak yerine getirdiler. Spor saati futbol, basketbol, masa tenisi oynamak ve bazen de uzun yürüşler yapmak şeklinde değerlendirildi. Bu da yakın çevrenin keşfi şeklinde gerçekleşti. Özellikle ilk toplantılarda yakınlarını her seferinde kendileri getiren ailelerin hastaların o günkü faaliyetlere katılımında müdahaleci oldukları gözlemlendi. Onların da tutum-

TABLO 2. Rehabilitasyon Programına Giren 14 Hastanın Ölçek Sonuçlarının Wilcoxon İşaretli Diziler Testine Göre Analizi.

Ölçekler	Başlangıç puanı ortalama, (SS)		Çalışma sonu puanı ortalama, (SS)		Yüzde değişim	İstatistik analiz	
						Z	P
PANSS-Toplam	70.3	(16.9)	61.9	(16.5)	12.7	-3.1	.002
Pozitif	12.3	(3.3)	11.4	(3.7)	7.3	-2.4	.016
Negatif	24.9	(9.0)	20.6	(7.9)	17.3	-2.9	.003
Genel psikopatoloji	33.1	(7.2)	30.0	(7.2)	9.4	-1.9	.059
SiÖ	105.1	(20.6)	133.7	(17.1)	27.2	-3.3	.001
ŞYNÖ	62.8	(17.4)	93.4	(19.8)	48.7	-3.3	.001
İGD	53.4	(10.5)	66.0	(8.1)	23.6	-3.3	.001

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, SiÖ: Sosyal İşlevsellik Ölçeği, ŞYNÖ: Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Nitelikleri Ölçeği, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği.

larından vazgeçmeleri öğretildi. Böylece hastaların bağımsız çalışmalarına olanak sağlandı. Programın ilerlemesiyle bu hastalar da yalnız gelmeye başladılar. Hastaların farklı yerlerden/mesafelerden gelmeleri gözönünde bulundurularak birbirine yakın oturanların beraber gelip gitmeleri sağlandı. Rehabilitasyon günleri dışında da hastaların küçük gruplar halinde toplumsal faaliyetlerde bulunmaları teşvik edildi. Bir üyenin hiçbir gelir kaynağı yoktu, ailelerin kendi aralarında topladıkları parayla bu üyenin yol masrafları karşılandı. Hastaların yaptıkları süs eşyaları ve bahçeyi çiçeklendirme faaliyeti için çevreden yardım alındı. İş ve spor faaliyetlerinde gönüllü profesyoneller yardımcı oldu. Örneğin, bir resim öğretmeni, bir beden eğitimi öğretmeni ve bir süs eşyası dükkanı sahibi hastaların eğitimine katkıda bulundu. Bir üye üniversite sınavını kazandı, iki üye memuriyet sınavını kazandı. Burada bireysel rehabilitasyon programı içerisinde hedef saptama ve ders çalışma şeklinde uygulanan ev ödevlerinin katkısı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların programa katılımları izleme formu ile kaydedildi. Haftalık görüşmelerde hastaların klinik durumları hem kendi bildirimleri hem de psikolog gözlemleriyle değerlendirildi ve gerekli durumlarda tedavi ekibine bilgi verildi. Hastalar çalışmanın başında ve sonunda aşağıdaki veri toplama araçları ile değerlendirildi.

Veri toplama araçları

Şizofreni Hastaları için Yaşam Nitelikleri Ölçeği (ŞYNÖ) (Heinrichs ve ark. 1984, Soygür ve ark. 2000) son bir aydaki işlevselliği değerlendiren, görüşmecinin doldurduğu 21 maddelik yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Kişilerarası ilişkileri, mesleki ya da öğrenilmiş rol işlev-

selliliğini, ruhsal kapasiteyi ve yaşam faaliyetlerini değerlendirmektedir. Başlangıçta ve sonda bir psikolog tarafından aile ve üyelerle görüşülerek dolduruldu. Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SiÖ) (Birchwood ve ark. 1990, Erakay 2001) şizofrenili hastaların son bir ayda yedi alandaki performanslarını değerlendirmektedir. Bunlar, toplumsal çekilme, kişilerarası iletişim, günlük yaşam faaliyetleri, boş zamanı değerlendirme, toplumsal faaliyetler, bağımsız yaşama yeterliliği ve iş/çalışma alanlarıdır. Bu ölçeği başlangıçta ve çalışmanın sonunda aynı aile üyesi doldurmaktadır. Pozitif, negatif ve genel psikopatolojik belirtileri değerlendiren Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) (Kay ve ark. 1987, Kostakoğlu ve ark. 1999) hastayı izleyen klinisyen tarafından dolduruldu. Ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevsellik aynı zamanda İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD) (APA 1994) kullanılarak da değerlendirildi. Bu ölçek hastalarla PANSS görüşmesi yapan doktor tarafından dolduruldu.

Verilerin değerlendirilmesi

Rehabilitasyon programı öncesi ve sonrasındaki ölçümlerin ortalamaları SPSS 10.0 programında Wilcoxon İşaretli Diziler testiyle karşılaştırıldı.

BULGULAR

Rehabilitasyon programı aileler ve gönüllüler tarafından psikolog yönetiminde planlanan sürede tamamlandı. Resmi ve dini tatiller dışında program her hafta gerçekleştirildi. Uygulamada herhangi bir sorunla karşılaşılmadı. Hastaların hepsi (n:14, %100) programa sonuna kadar katıldılar. Hastaların programa devam oranı ortalama %73.0 idi.

Klinik izlem

Programda hastaların yalnızca işlevsellikleri üzerinde durulmadı. Onların destek terapisi oturumlarında dile getirdikleri yakınmalar ve gözlemler sonucunda klinik belirtilerinde değişiklik olan ya da hastalığın yineleyeceğini imleyen uyarıcı işaretleri çıkan üyeler için doktorlarıyla işbirliği sağlandı.

Bir hastanın babaya olan perseküsyonunu yansıtan aşırı mektup yazma davranışı ve konuşma miktarındaki artış uyarıcı işaret olarak değerlendirilip kısa sürede doktoruyla görüşmesi sağlandı ve klinik düzelme oldu. Bir hastada erotomanik sanrı ortaya çıktı. Ailesi defalarca bilgilendirilmesine rağmen aile ihmalkar davrandı. Buna karşın tedavi ekibiyle işbirliği kurularak hastanın tedavisi sağlandı. Bir hasta varsanı şeklinde ortaya çıkan inatçı belirtilerle öğretilen başa çıkma yöntemlerini kullanarak yaşamaya devam etti. Bu arada günlük iş çalışmalarını (her gün düzenli olarak Milli Piyango bileti satmayı) sürdürdü. Bir hastada depresyon, geçmiş sürekli irdeleme ve bazı garip ayrıntıları hatırlama şeklinde uyarıcı işaretler belirdi. Tedavi ekibiyle işbirliği kurularak tedavisi sağlandı. Belirtiler kontrol altına alındı, işlevselliği düzeldi. Bir hasta rehabilitasyon sürecinde birkaç kez alevlenme (relaps) yaşadı. Bu hasta hem tedavisini sürdürdü hem de rehabilitasyon çalışmalarına devam etti. Rehabilitasyon günlerindeki gözlemler tedavi ekibine iletildi. Klinik durumun olağan hale gelmesinde katkı sağlandı. Bir hasta bir toplantıda 'sinir krizi' benzeri bir durum yaşadı. Kendi doktorundan daha önceden alınan bilgi çerçevesinde gevşeme egzersizi yaptırıldı, geçeceği söylenerek desteklendi ve hasta rahatladı. Benzeri durumları başka yerlerde de yaşayan bu hasta annesinin de yardımıyla aynı uygulamadan yarar gördü. Bir hastada bir kez intihar girişimi oldu, kısa süreli hastane yatışı yaşadı, sonrasında işlevselliği eski haline döndü ve rehabilitasyona devam etti.

Hastaların programın başında ve program tamamlandıktan sonraki ölçek puanları ve istatistik analizleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada rehabilitasyonu tedavinin önemli bir bileşeni olarak gören anlayışın (Falloon ve ark. 1999) sonucu olarak mevcut olanaklarla da bir şeyler yapılabileceği düşüncesiyle aile ve gö-

nüllülerin katkısını alan bir model gerçekleştirilmiş oldu. Aileler şizofreni hastaları için çok önemli bir kaynaktır. Hastalarının tedavisinde ve izlenmesindeki rolleri yanı sıra bu çalışmanın gösterdiği gibi rehabilitasyonda da önemli rolleri olabilmektedir. Ailelerin sırayla iş yapmış olmaları sorumluluğu birlikte paylaşmalarına ve yakınlarındaki sosyal gelişmeleri izlemelerine olanak tanıdı. Sekiz aylık sürede haftada bir tam gün süren çalışmaları sabırla yürüten ailelerin bu işi başarmalarında daha az sıkıntılı olan gönüllülerin çalışmalarının ve alanda yetişmiş bir psikologun denetiminin önemli katkılarının olduğuna inanıyoruz.

Çalışmaya katılan hastaların sosyal işlevsellik düzeylerinin artmasına ölçek puanlarının gösterdiği şekilde klinik durumda iyileşme de eşlik etmiştir. Dernek ortamında gerçekleştirilen kulüpev modelinin kendi yağıyla kavru olarak hasta üyelerinin işlevselliklerine getirdiği kazanç, bir karşılaştırma grubu bulunmamakla birlikte ölçeklerin sonuçlarıyla belirgin düzeyde olmuştur. Kuşkusuz burada uygulanan programın bu kazançtaki özgün payı bilinemez. Ancak sonuç olarak rehabilitasyondan beklenen hedeflere ulaşılabilirdiği bir gerçektir. Hastaların işlevsellikleri artmış, klinik durumları düzelme göstermiş, alevlenme yaşama durumları değerlendirilmiş, gerektiğinde tedavi ekibiyle ilişki kurulmuş ve hastaların yaşam kalitelerinin yükselmesine katkıda bulunulmuştur. Programda yer alan toplumsal faaliyetler yanı sıra dernek ortamının, grup olmanın ve ailelerin de hastalar için toplumsal ağ (Evert ve ark. 2002) oluşturmuş olmasının hastaların iyilik hallerinin artmasında rolü olmuş olabilir. Programla birlikte toplumsal becerilerin, iletişim kapasitesinin, toplumsal güvenin artması olasılıkla tedaviye uyumda artmayla birlikte gitmiş olabilir. Tedaviye uyumdaki artma belirtilerlerdeki azalmaya, o da toplumsal ilişkilerdeki iyileşmede artmaya neden olmuş olabilir. Çalışmada katılan hastaların yarısı alevlenmeyi imleyen uyarıcı işaret yaşamış ya da alevlenme belirtisi göstermiştir. Bu hastaların eğer rehabilitasyon programında olmasalardı yeni bir nöbet yaşama, hastaneye yatma, ya da çevreye olan yüklerinde artma olasılığının artabileceği düşünülebilir. Hastaların en azından bu olasılıklardan uzak tutulmuş olması bile rehabilitasyonun önemli bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Ruhsal hastalıkları devam etmesine rağmen eldeki olanaklarla hastaların mevcut kapasiteleri artırılarak rehabilitasyondan beklenen amaca ulaşıl-

miş oldu (Bachrach 2000).

Rehabilitasyon hizmetlerinde hastaların klinik açıdan da izlenmesi önemlidir. Çünkü şizofreni süregelen, iyileşme ve yinelemelerle giden bir bozukluktur. Her an alevlenme ya da yineleme olabilir. Bunların olası durumları ancak izlenerek ortaya çıkarılabilir. Hem rehabilitasyon ekibinin hem de hasta yakınlarının hastalık hakkında bilgilendirme ve izleme bilincinde olmaları hastalığın yinelemelerini ve olumsuz sonuçların ortaya çıkmasını önlemede etkili olmuş olabilir. Ancak bazı hastaların ailelerinin ilgisizlikleri hâlâ sorun olmaya devam etmektedir. Yeterli aile ilgisinden mahrum olan hastalar için ülkemizde henüz bulunmayan olgu yöneticisi sisteminin işletilmesi bu açıdan anlamlı katkıda bulunabilir.

Rehabilitasyonda en önemli amaçlardan biri de hastaların tüketici konumundan üretici konumuna geçmelerini sağlamaktır. Bir hasta üye zaten var olan işini başarıyla sürdürmüş, bir hastaya iş bulunmuş ve çalışması sağlanmış, diğer bir hastanın babasının yanında denetimli iş yapması sağlanmış, iki hasta dernek bünyesinde iş yapmış, diğer hastaların da toplumsal faaliyetler yanı sıra ders çalışması ya da kitap okuması sağlanarak yaşamlarında doyum hissetmeleri ve faaliyet içerisinde bulunmaları gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda aileler de tüketici (hizmeti talep eden) konumundan çıkarılarak üretici (hastalarına hizmet eden) konumuna getirilmiştir.

Burada sunulan model elbette küçük çaplı, sade ve yerel bir modeldir. Fakat içeriği ve işleyişi itibarıyla yararlılığı ortaya konmuş bir modeldir. Temelde zor ve sabır isteyen bir iş olan rehabilitasyonun hastalara sunulamadığı bir ortamda bu modelin ülke koşullarına uygun olarak geliştirilmesi gerekmektedir. Yerel kaynakların bu işte önemli bir desteği olacağı açıktır. Türkiye’de şizofreninin rehabilitasyonunda yapılaşmış ve gelenekselleşmiş kurumların bulunmamasının ya da şimdiye kadar gerçekleşmemesinin çeşitli nedenleri olabilir. Bu nedenler araştırılabilir ve giderilmeleri için yeni çalışmalar başlatılabilir. Ancak şimdiki durum yeni yöntemler geliştirmek ve yeni olanaklar yaratmak için uyarıcı olmalıdır.

Hastaların ve ailelerin sahip çıktıkları bir dernek ortamında gerçekleştirilmiş olan rehabilitas-

yon çalışmasında hastaların dile getirmiş oldukları şu görüşler de dikkate almaya değerlidir. ‘Güvendiğim arkadaşlarımla burada görüşebiliyorum’. ‘Burada zaman çok güzel akıp gidiyor. Evde boş oturmak yerine burada eğlenceli, aktif ve eğitici bir vakit geçiriyorum’. ‘Burada hastalığımızı unutuyoruz, normal insanlar gibi normal bir gün geçiriyoruz’. ‘Sosyal çevremiz genişliyor’. ‘Yeni hobiler kazanıyoruz’. ‘İş ve spor faaliyetleri yapıyoruz’. ‘İyileşmenin sadece ilaçlarla olmadığını öğreniyoruz’. ‘Aylardır içime istek gelmesini bekliyordum, gelmiyordu. Ama geçen hafta siz ödev verince sorumluluk hissettim ve yaptım... Allah sizden razı olsun...’

Rehabilitasyon amaçlı resmi olmayan örgütlenmelerin artırılması, aileler, gönüllüler, vakıflar, belediyeler dahil çeşitli yerel kaynakların desteklerinin alınması ve bilinçli bir yapılanmayla şizofreni hastalarının toplumsallaşması ve hastalığın olumsuz sonuçlarından bireyin ve toplumun korunması sağlanabilecektir. Rehabilitasyon hizmetlerinin uzun süreli, sabır ve destek isteyen bir süreç olduğu hep hatırd tutularak hastaların iyilik hallerinin devamı için uzun erimli programlar geliştirilmelidir.

Bu çalışma yalnızca aileler ve gönüllülerle yürütülmüş olması ve yine ailelerin kurduğu bir dernek ortamını kullanmış olmasıyla hastaneye, topluma, devlete ve yerel idarelere hiçbir maliyet yüklemeyen gerçekleştirilmiş olması gibi bir özgülüğe sahiptir. Programın sorunsuz bir şekilde işletilmesinde hasta ve ailelerin program öncesinde klinikte almış oldukları ruhsal toplumsal beceri eğitiminin de önemli katkısı olduğu düşünülmektedir.

Olumlu sonuçlarına rağmen çalışma bazı kısıtlılıklarıyla birlikte değerlendirilmelidir. Çalışmada hastalara uygulanan ölçekler programa kör olmayan uzman görüşmeciler tarafından doldurulmuştur. Ailelerin de SİÖ’ni doldurmada ne kadar yansız olabilecekleri belirli değildir. Çalışmada kontrol grubu kullanılmamıştır. Çalışmaya kör değerlendirmecilerle ve karşılaştırma grubu kullanılarak yapılacak olan çalışmalarla etkin, kolay işleyen ve maliyeti en düşük olan rehabilitasyon modelini bulmak mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliđi (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E. Körođlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliđi, 1995.
- Anthony WA, Liberman RP (1992) Principles and practice of psychiatric rehabilitation. Handbook of Psychiatric Rehabilitation. Liberman RP (Ed), MA. Allyn and Bacon, s. 1-29.
- Bachrach LL (2000) Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia-what are the boundaries? Acta Psychiatr Scand, 102: 6-10.
- Barton R (1999) Psychosocial rehabilitation services in community support systems: A review of outcomes and policy recommendations. Psychiatr Serv, 50:525-534.
- 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, 157:853-859.
- Brekke JS, Long JD (2000) Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. Schizophr Bull, 26: 667-80.
- Browne S, Roe M, Lane A ve ark. (1996) A preliminary report on the effect of a psychosocial and educative rehabilitation programme on quality of life and symptomatology in schizophrenia. Eur Psychiatry, 11:386-389.
- Cnaan R, Blankertz L, Messinger W ve ark. (1990) Experts' assessment of psychosocial rehabilitation principles. Psyc Reh J, 13:59-73.
- Demirel Ü, Biber B, Alptekin K ve ark. (1998) Kronik psikiyatrik hastaların sosyal yaşama adaptasyonu ve ailelerine yönelik pilot çalışma. Sosyal Hizmetler Dergisi, 7: 30-35.
- Erakay SY (2001) Şizofreni Tanılı Hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliđinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir.
- Erkoç S, Soyğür A, Alptekin K (2000) Şizofreni Dernekleri. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde panel konuşmaları, Antalya.
- Evert H, Harvey C, Trauer T ve ark. (2002) Relationship between social networks, self-care and occupational functioning of people with schizophrenia. Schizophr Res, 53 (Suppl. 3): 239-240.
- Falloon IRH (1999) Optimal treatment for psychosis in an International Multisite Demonstration Project. Optimal Treatment Project Collaborators. Psychiatr Serv, 50: 615-618.
- Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT ve ark. (1984) The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. Schizophr Bull, 10:388-398.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull, 13:261-276.
- Kostakoğlu EA, Batur S, Tiryaki A ve ark. (1999) Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeđinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 1423-32.
- Liberman RP, Kopelowicz A, Smith TE (2000) Psychiatric rehabilitation. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7. baskı, cilt 2, Sadock BJ, Sadock WA (Eds), Baltimore, Williams and Wilkins, s. 3218-3245.
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE ve ark. (1998) Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. Schizophr Bull, 24:37-74.
- Pratt CW, Gill KJ, Barrett NM ve ark. (1999a) Psychiatric Rehabilitation. New York, Academic Press, s. 89-111.
- Pratt CW, Gill KJ, Barrett NM ve ark. (1999b) Psychiatric Rehabilitation. New York, Academic Press, s. 137-160.
- Soyğür H, Aybaş M, Hınçal G ve ark. (2000) Şizofreni hastaları için yaşam nitelikleri ölçeği: güvenilirlik ve yapısal geçerlik çalışması. Düşünen Adam, 13:204-210.
- Soykan Ç (1997) Bir psikososyal rehabilitasyon uygulaması: gündüz hastanesi. Şizofrenide Yeni Ufuklar. Dilbaz N, Bayam G (Eds), Ankara, s. 161-170.
- Üçok A, Polat A, Atlı H ve ark. (2001) Şizofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin etkileri. Bahar Sempozyumları 5, Sempozyum Kitabı, Antalya, s. 51-52.
- Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S ve ark. (2002) Şizofreninin ruhsal-toplumsal tedavisinde sosyal beceri eğitimi. Türk Psikiyatri Dergisi, 13: 41-47.
- Yıldız M (2002) Şizofreni hastalarının rehabilitasyonunda bir kulüp-ev modeli olarak derneğin modifikasyonu. Şizofreni Yazıları, 3:16-19.

RASİM ADASAL RUH SAĞLIĞI BİLİM ÖDÜLÜ

1. **Rasim Adasal Ruh Sağlığı Bilim Ödülü** kurucusu olduğu *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı* ve *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği* işbirliğiyle düzenlenmiştir. 1999 yılından beri verilmektedir.
2. Ödül, modern psikiyatriyi Türkiye’de yerleştiren ve kamuoyunda yaptığı çalışmalarla toplumla psikiyatriyi bütünleştiren **Prof. Dr. Rasim ADASAL**’ın adına konulmuştur. Onun hizmetlerinin gelecek kuşaklara aktarılması ve tanıtılması amacını taşımaktadır. Böylelikle ruh hekimi ve topluma mal olmuş bir kişilik olarak onun anısını canlı tutmak amaçlanmıştır.
3. Ödül, verildiği yıl esas olmak üzere, son beş yıl içinde ruh sağlığı ve hastalıkları alanında ülkemizde yapılmış ve yurt dışında yayınlanmış klinik çalışmalara verilmektedir.
4. Ödül jürisi her yıl Ankara Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından belirlenecek yedi kişiden oluşmaktadır. Ödül jürisi seçim sonucunu o yıl yapılan Ulusal Psikiyatri Kongresi’nde ilan edecektir.
5. Ödül için başvuru her yıl 01 Ocak-31 Temmuz tarihleri arasındadır.
6. Ödüle başvuran çalışmalar için daha önce ödül almamış olma koşulu vardır.
7. Ödül başvurusunda bulunan araştırmacının çalışmadaki ilk iki isimden biri olması ve özgeçmişi ile yayın listesini başvurusuna eklemesi gerekmektedir.
8. Başvuruların değerlendirilmesinden gözönüne alınacak temel ölçütler şunlardır:
 - i. Özgünlük
 - ii. Yöntemsel yetkinlik
 - iii. Ülkemiz bilim aktivitesini temsil niteliği
 - iv. Yayımlandığı dergi
9. Ödül jürisinde görev alanlar her çalışma için gerekçeli kişisel rapor hazırlayacak ve yapacakları sıralama değerlendirmede esas alınacaktır.
10. Ödül tutarı her yıl için ayrıca belirlenecek olup Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği tarafından karşılanacaktır.
11. **Ödül jürisi:** 39. Ulusal Psikiyatri Kongresinde 2003 yılı görevli jüri üyeleri
Jüri Başkanı: – Işık Sayıl
Jüri Üyeleri:
 - Saynur Canat
 - Yıldırım B. Doğan
 - Ali Kemal Göğüş
 - Emin Önder
 - Zeliha Tunca
 - Süheyla Ünal