

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİLİ BİREYLERDE YAŞAM BECERİLERİ EĞİTİMİNİN
İŞLEVSELLİK ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Fzt. Hatice ABAOĞLU

Ergoterapi Programı

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2018

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİLİ BİREYLERDE YAŞAM BECERİLERİ EĞİTİMİNİN İŞLEVSELLİK
ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Fzt. Hatice ABAOĞLU

Ergoterapi Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Esra AKI

ANKARA

2018

ONAY SAYFASI

ŞİZOFRENİLİ BİREYLERDE YAŞAM BECERİLERİ EĞİTİMİNİN İŞLEVSELLİK ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ

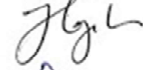
Hatice Abaoğlu

Danışman: Prof. Dr. Esra AKI

Bu tez çalışması 28.09.2018 tarihinde jürimiz tarafından "Ergoterapi Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

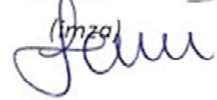
Jüri Başkanı: Prof. Dr., Hülya, Kayıhan
(Hacettepe Üniversitesi)

(imza)



Üye: Doç. Dr. Burcu Semin Akel
(Hacettepe Üniversitesi)

(imza)



Üye: Doç. Dr. Meral Huri
(Hacettepe Üniversitesi)

(imza)



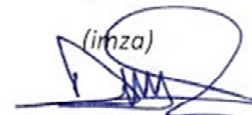
Üye: Doç. Dr. Ersin Hatice Karşlıoğlu
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

(imza)



Üye: Dr. Öğr. Üyesi Devrim Tarakçı
(İstanbul Medipol Üniversitesi)

(imza)



Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

25 Ekim 2018


Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

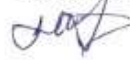
Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

28/09/2018



Hatice ABAOĞLU

⁽¹⁾"**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**"

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarılan veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanının Prof. Dr. Esra AKI danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Dr. Fzt. Hatice ABAOĞLU

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve bu tez çalışması boyunca her türlü yardımını ve desteğini esirgemeyen, bir danışmanın çok ötesinde hoşgörüsü, samimiyeti ve sabırla bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, değerli hocam tez danışmanım Prof. Dr. Esra Akı'ya en içten teşekkürlerimi ve saygımı sunarım.

Araştırma görevlisi olarak başladığım yolda, akademik, mesleki ve kişisel gelişimime büyük katkısı olduğuna inandığım, değerli hocam, Ergoterapi Bölüm Başkanı Prof. Dr. Hülya Kayıhan'a rehberliği ve desteği için sonsuz teşekkür ederim.

Katılımcılara ulaşmamızı sağlayan ve gerektiği her anda bilgi, tecrübe ve yardımlarını bizimle paylaşan, Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu, Doç. Dr. Serdar Ak ve Dr. Emre Mutlu'ya verdikleri katkıdan ve içtenliklerinden dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Yaşama sevincim, motivasyon kaynağım, varlıklarıyla hayatıma anlam katan biricik çocuklarım İbrahim ve Emir'e teşekkürlerin en özelini sunar ve bilgisayar başında geçirdiğim saatlerden dolayı beni affetmelerini dilerim. Koşulsuz sevgileriyle her zaman yanımda olan ve beni bugüne getiren canım aileme bana inandıkları ve desteklerini hiç eksik etmedikleri için çok teşekkür ederim. Manevi destekleri ve motive edici yaklaşımları ile hep yanımda olan dostlarım, sevdiğim Tarık Demirok, Sedef Şahin, Ramazan Şahin, Orkun Tahir Aran, Berkan Torpil, Barkın Köse ve diğer arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Ana Bilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Erdem Karabulut'a tezime sağladığı istatistik desteğinden dolayı teşekkür ederim. Bu tez çalışmasının savunma sınavında yanımda olan sayın jüri üyeleri Doç. Dr. Burcu Semin Akel, Doç. Dr. Meral Huri, Doç. Dr. Ersin Hatice Karslıoğlu, Doç. Dr. Çiğdem Öksüz, Dr. Öğr. Üyesi Devrim Tarakçı ve Dr. Öğr. Üyesi Serkan Pekçetin'e değerli katkıları için çok teşekkür ederim.

Berber çıktığımız bu yolculukta bana güvenerek hayat hikayelerini benimle paylaşan bu tez çalışmasının var olma sebebi olan, o rengarenk insanlara ve ailelerine kıymetli zamanlarını ayırdıkları, işbirliği ve katkı sağladıkları için sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Abaoğlu, H., Şizofrenili Bireylerde Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevsellik Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2018. Ruh sağlığı alanında ergoterapi müdahalelerini de içeren psikososyal yaklaşımlar tedavinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bu çalışma, şizofrenili bireylerde bireysel olarak tasarlanan yaşam becerileri eğitiminin işlevsellik üzerine etkisini incelemek amacıyla planlandı. Araştırmaya rastgele atama sonucu 17'si kontrol, 15'i müdahale grubunu oluşturan toplam 32 şizofrenili birey dahil edildi. Bireylerin motivasyon seviyeleri Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli çerçevesinde yarı yapılandırılmış görüşme, hastalık belirtileri Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği, hastalık şiddeti Klinik Global İzlenim Ölçeği, temel günlük yaşam aktiviteleri Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri Lawton ve Brody'nin Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, genel işlevsellik düzeyi Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği, sosyal işlevsellik Sosyal İşlevsellik Ölçeği, mesleki işlevsellik Mesleki Rehabilitasyon Anketi ve zaman kullanımı becerileri 24 saatlik zaman kullanımı günlüğü kullanılarak müdahale öncesi ve sonrasında iki grupta değerlendirildi. Kontrol grubuna ergoterapi bakış açısıyla önerileri içeren tek seanslık eğitim, müdahale grubuna ise 8 hafta, haftada iki kez (16 seans) yaşam becerileri eğitimi verildi. Araştırmanın sonucunda müdahale grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bireylerin motivasyon seviyelerinde frekans dağılımı açısından daha fazla artış olduğu görüldü. Bireylerin negatif belirtileri, genel psikopatoloji, hastalık şiddeti, temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık, sosyal, mesleki ve genel işlevsellik ve zaman kullanımı becerilerinde iyileşme görüldü ($p<0,05$). Bu bulgular doğrultusunda, şizofreni bireylerde birey merkezli olarak planlanan yaşam becerileri eğitiminin rehabilitasyon alanında etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılabilmesi düşünülmektedir. Araştırmanın sonuçlarının uzun süreli takip çalışmalarıyla desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, yaşam becerileri, yaratıcı beceriler, üretkenlik, işlevsellik

ABSTRACT

Abaoğlu, H., Investigation of the Effect of Life Skills Training on Functioning in People with Schizophrenia, Hacettepe University, Graduate School Health Sciences Department of Occupational Therapy Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2018.

Psychosocial approaches constitute an important part of the treatment in mental health. This study was planned to investigate the effects of client-centered life skills training on the functioning of schizophrenia. A total of 32 individuals with schizophrenia were assigned randomly between intervention (n=15) and control groups (n=17). Motivation levels of individuals were assessed with a semi-structured interview within the framework of the Vona du Toit Model of Creative Abilities, symptom severity was assessed with the Positive and Negative Syndrome Scale, the severity of illness was assessed with Clinical Global Impressions, activities of daily living were assessed with Katz Index of Independence in Activities of Daily Living and Lawton – Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale, global, social and vocational functioning were assessed with Functioning Assessment Short Test, Social Functioning Scale and Work Rehabilitation Questionnaire respectively, and time use was assessed with a 24-hour time use diary. All tests were applied pre and post-intervention to both groups. Control group received general occupational therapy recommendations for one session while the intervention group received client-centered life skills training for 2 sessions per week for 8 weeks (16 sessions). There was a greater improvement in motivation levels in the intervention group compared to the control group. There was a statistically significant improvement in the study group in negative symptoms, general psychopathology, the severity of illness, independence in basic and instrumental activities of daily living, social functioning, vocational functioning, global functioning, and time use compared to control group ($p < 0.05$). It is concluded that client-centered life skills training may be an effective intervention for people with schizophrenia. It is recommended that the results of the research should be supported by long-term follow-up studies.

Key words: schizophrenia, life skills, creative abilities, productivity, functioning

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Bozukluklar	4
2.2. Şizofreni	5
2.2.1. Şizofreni Tanımı ve Tarihçesi	5
2.2.2. Şizofreni ve Sınıflandırma Sistemleri	6
2.2.3. Epidemiyoloji	9
2.2.4. Etiyoloji	10
2.2.5. Klinik Özellikler	12
2.2.6. Prognoz	14
2.3. Şizofreni Tedavisi	14
2.3.1. Farmakolojik Tedavi	15
2.3.2. Psikososyal Müdahaleler	15
2.4. Ruh Sağlığında Ergoterapi	17
2.4.1. Şizofrenide Ergoterapi ve Yaşam becerileri	19
2.4.2. Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli	20

3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Bireyler	24
3.2. Veri Toplama Araçları	26
3.2.1. Demografik bilgi formu	26
3.2.2. Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	26
3.2.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği	26
3.2.4. Klinik Global İzlenim Ölçeği	27
3.2.5. Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi	27
3.2.6. Lawton ve Brody'in Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri	28
3.2.7. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği	28
3.2.8. Sosyal İşlevsellik Ölçeği	29
3.2.9. Mesleki Rehabilitasyon Anketi	29
3.2.10. Yirmi Dört Saatlik Zaman Kullanımı Günlüğü	30
3.3. Müdahale	32
3.4. İstatistiksel Analiz	34
4. BULGULAR	35
4.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	35
4.2. Motivasyon ve Eylem Seviyelerine İlişkin Bulgular	35
4.3. Pozitif ve Negatif Belirtilere İlişkin Bulgular	37
4.4. Hastalık Şiddetine İlişkin Bulgular	38
4.5. Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Bulgular	39
4.6. Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Bulgular	40
4.7. Genel İşlevselliğe İlişkin Bulgular	41
4.8. Sosyal İşlevselliğe İlişkin Bulgular	44
4.9. Mesleki İşlevselliğe İlişkin Bulgular	47
4.10. Zaman Kullanımına İlişkin Bulgular	48
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR	61

8. EKLER

71

EK-1: Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzni

EK-2: Tez Çalışması Orjinallik Raporu

EK-3: Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

EK-4: Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

EK-5: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

EK-6: Klinik Global İzlenim Ölçeği

EK-7: Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi

EK-8: Lawton ve Brody'in Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri

EK-9: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

EK-10: Sosyal İşlevsellik Ölçeği

EK-11: Mesleki Rehabilitasyon Anketi

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

AOTA	: Amerikan Ergoterapi Derneği
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BDTp	: Psikoz İçin Uyarlanmış Bilişsel Davranışçı Terapi
DSM-V	: Tanısal ve İstatistiksel El Kılavuzu 5. Sürümü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GABA	: Gaba-Amino Bitürik Asit
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
ICD-10	: Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması - 10
ICD-11	: Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması - 11
KGi	: Klinik Global İzlenim Ölçeği
KiDÖ	: Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği
MÖ	: Milattan Önce
MRA	: Mesleki Rehabilitasyon Anketi
PNSÖ	: Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği
SiÖ	: Sosyal İşlevsellik Ölçeği
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
YGYA	: Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri

ŞEKİLLER**Şekil****3.1.** Bireylerin araştırmaya dahil edilme süreci**Sayfa**

25

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. ICD-10 şizofreni tanı kriterleri	7
2.2. DSM-V şizofreni tanı kriterleri	8
2.3. Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli motivasyon ve eylem seviyeleri	23
3.1. Araştırmaya dahil edilme ve dahil edilmeme kriterleri	24
3.2. Ergoterapi uygulama çerçevesi aktivite alanları	31
4.1. Demografik özelliklerin dağılımı	35
4.2. Müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası motivasyon seviyeleri	36
4.3. Kontrol grubunun müdahale öncesi ve sonrası motivasyon seviyeleri	36
4.4. Grupların Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği ön test - son test sonuçları	36
4.5. Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği tekrarlı ölçüm ANOVA sonuçları	38
4.6. Grupların PNSÖ ANOVA ikili karşılaştırmalar Bonferroni sonuçları	38
4.7. Grupların Klinik Global İzlenim Ölçeği ön test-son test sonuçları	39
4.8. Grupların Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi sonuçları	40
4.9. Grupların Lawton Ve Brody'in Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası ön test son test sonuçları	40
4.10. Grupların Lawton-Brody Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası ön test son test puanlarının ANOVA sonuçları	41
4.11. Grupların Lawton-Brody Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası ANOVA ikili karşılaştırmalar Bonferroni sonuçları	41
4.12. Grupların Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği ön test-son test puanları	42

4.13.	Grupların Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği ön test-son test puanlarının ANOVA sonuçları	42
4.14.	Grupların Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği ANOVA ikili karşılaştırmalar Bonferroni sonuçları	43
4.15.	Grupların Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği ön test-son test puanlarının non parametrik test sonuçları	44
4.16.	Grupların Sosyal İşlevsellik Ölçeği ön test-son test puanları	45
4.17.	Grupların Sosyal İşlevsellik Ölçeği ön test-son test puanlarının ANOVA sonuçları	45
4.18.	Grupların Sosyal İşlevsellik Ölçeği ANOVA ikili karşılaştırmalar Bonferroni sonuçları	46
4.19.	Grupların Sosyal İşlevsellik Ölçeği ön test-son test puanlarının non parametrik test sonuçları	47
4.20.	MRA tedavi öncesi ve sonrası grup toplam puan ortalamaları	48
4.21.	Grupların MRA ön test-son test sonuçları	48
4.22.	Grupların MRA ANOVA ikili karşılaştırmalar Bonferroni sonuçları	48
4.23.	Grupların yirmi dört saatlik zaman kullanımı günlüğü sonuçları	49

1. GİRİŞ

Şizofreni dünyada en önemli toplum sağlığı problemlerinden biridir. Erken başlangıçlı, kalıcı ve kronik bir hastalık olmasından dolayı kişiyi ve ailesini önemli derecede etkilemektedir. Genel popülasyonda tahmin edilen oranlar değişse de dünya üzerinde nüfusun %0,5-1'inde görüldüğü düşünülmektedir. Açık bir şekilde düşünmeyi, duyguları yaşama ve ifade etmeyi, sosyal ilişkileri, geçmiş deneyimleri yorumlama ve gelecekle ilgili plan yapmayı etkiler (1). Kendine bakım, kişiler arası ilişkiler, öğrenme, çalışma ve yaşam becerileri gibi alanlarda yetersizliklere yol açarak toplumsal katılımı engelleyebilir (2).

Şizofrenide iki tip belirti kümesinden söz edilir. Pozitif belirtiler; sanrılar, halüsinasyonlar ile düşünce ve davranışta dağınıklığı ifade ederken, duygusal tepkilerde azalma, düşüncede ve konuşmada yoksunluk (*aloji*), istek ve enerjinin azalması (*avolition*), zevk alamama (*anhedonia*) ise negatif belirtileri oluşturur. Şizofreninin aktif olduğu dönemlerde pozitif belirtiler, bozukluğun süregelen olduğu bireylerde negatif belirtiler daha baskındır. Negatif belirtilerin hakim olduğu bireylerde ilaç tedavisinden daha az yararlanırırken, pozitif belirtilerin daha baskın olduğu bireylerde ilaçlara iyi yanıt alınır (2). Şizofrenili bireylerde en etkin tedavi yaklaşımı psikofarmakolojik tedavi, psikoterapi, aile terapisi ve ergoterapi müdahalelerin birlikte uygulanmasıdır (3). Şizofrenili bireylerin sağlık ve iyilik halinin artırılması için günlük aktivitelere katılım ile ilgili yaşam tarzlarının belirlenmesi müdahale stratejisi geliştirmede önemli rol oynar (4, 5). Bu alanda, ergoterapi uygulamalarının temel amacı bireyin günlük rutinlerini düzenleyerek, anlamlı ve amaçlı aktivitelere dahil olma ve sosyal katılımı sağlamaktır (3, 4).

Ruh sağlığı alanında çalışan ergoterapistler, klinik muhakeme, aktivite analizi, terapatik ilişki kurma, aktivite ve çevreyi uyarılama gibi profesyonel becerileri kullanarak bireylerin motivasyonunu ve katılımını artırmayı, fiziksel ve mental sağlığı ve iyilik halini geliştirmeyi hedefler. Bu nedenle değişimle ilgilenen dinamik bir teoriye ihtiyaç duyarlar. Dinamik bir teori, problemin tanımlanmasına rehberlik eder, değişimin nasıl oluşacağını açıklar, terapistin bireydeki değişimi desteklemek için kullanacağı teorik bilgiyi ve probleme nasıl yaklaşacağı ile ilgili teknik detayları açıklar.

Ergoterapide aktivite katılımını etkileyen kavramları ve faktörleri açıklayan modeller ergoterapistlerin müdahalelerine yön vermelerine olanak sağlar. Varoluşçuluk, fenomenoloji ve motivasyon teorilerinden köken alan Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli ergoterapistler için hem değerlendirmeye hem de tedavi edici olan aktivitelerin kullanımına rehberlik eden bir ergoterapi modelidir (6-8).

Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli, bireyin yaratıcı becerilerini tanımlama, yaşama katılım için karar verme cevabını ortaya çıkarma, yetenekleri için çok zor ya da çok kolay olmayan doğru aktivitelere katılımını teşvik etme ve maksimum çaba göstermesini destekleme konusunda ergoterapistlere yardımcı olur (6, 7). Modelin, geniş heterojen gruplarla çalışan ergoterapistler için ruh sağlığı alanında ergoterapi müdahalesini oluşturmada rehberlik ettiği ve tüm ruhsal bozukluklarda etkili olduğu belirtilmektedir (7-9).

Şizofreni gibi kronik ruhsal bozukluklara sahip bireylerin yaşam kalitesini ve iyilik halini artırmaya yönelik farklı türde pek çok tedavi yaklaşımı bulunmaktadır. Rehabilitasyon terimi altında yer alan bu yaklaşımlar sanat, drama, müzik, şiir gibi yaratıcı terapileri, eğitimsel aktiviteleri, yaşam becerileri programlarını, mesleki rehabilitasyon ve rekreasyonel aktiviteleri içermektedir. Yaşam becerileri rehabilitasyon süreci içerisinde yer alan ve bağımsızlıkla doğrudan ilişkili bir alandır. Günlük yaşamda bağımsız işlevselliği içeren bireysel ya da grup müdahalelerini ifade eder. Yaşam becerileri eğitimi yaklaşımları, bireylerin yaşadıkları ortam içerisinde rollerini yerine getirebilmeleri için gerekli olan becerilerinin kazandırılmasını amaçlar. Bu eğitimler; kişisel yönetim, para idaresi, iletişim ve sosyal beceriler, ev idaresi, ve toplum yaşamı becerileri gibi alanları içermektedir. Yaşam becerileri müdahaleleri gerekli becerilerin geliştirilmesi için davranışsal yöntemleri içermekle birlikte, genellikle yüksek düzeyde yapılandırılmıştır ve yaygın olarak değerlendirme, öğretim, davranışsal uygulama, geri bildirim ve yapılandırılmış ev ödevlerini kapsar (5, 10).

Literatür incelendiğinde, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde yaşam kalitesi ve bağımsızlığı artırmayı hedefleyen yaşam becerileri müdahaleleri tasarlanmış olmakla birlikte kanıt değeri yüksek randomize kontrollü çalışmalara rastlanmamıştır. Bu araştırmanın amacı, şizofrenili bireylerde yaşam becerileri

eğitiminin işlevsellik üzerine etkisini incelemektir. Bu doğrultuda belirlenen hipotez aşağıdaki gibidir:

H0: Şizofrenili bireylerde yaşam becerileri eğitiminin işlevsellik üzerine etkisi yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı ve Ruhsal Bozukluklar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre ruh sağlığı, bireyin kendi yeteneklerini gerçekleştirdiği, yaşamın normal stresleriyle baş edebildiği, üretken ve verimli çalışarak topluma katkı sağlayabildiği iyilik hali durumudur (11). Başka bir ifadeyle, bireylerin yeteneklerini toplumun evrensel değerleri ile uyum içinde kullanmalarını sağlayan dinamik bir iç denge halidir. Temel bilişsel ve sosyal beceriler; kişinin kendi duygularını tanıma, ifade etme ve modüle etme becerisi; empati kurma becerisi; olumsuz yaşam olayları ve sosyal işlevler ile baş etme esnekliği ve yeteneği ve beden ile zihin arasındaki ahenkli ilişki, değişen derecelerde iç dengeye katkıda bulunan ruh sağlığın önemli bileşenlerini temsil eder (12).

Ruh sağlığı insan varoluşunun önemli bir parçasıdır. Ruhsal bozukluklar, kimi zaman aile, arkadaş ve düzenli rutinelere bağlılıkta bir kayıp ya da kişisel ve profesyonel yaşamdaki değişimlere karşı öfke ve endişe olarak karşımıza çıkar. Bazıları için, korku, kaygı, sürekli dikkat dağınıklığı ve karmaşaya, diğerleri için, aile, kariyer ve sosyal sorumluluklara etki eden, günlük yaşamı kısıtlayıcı sık ve şiddetli depresyon nöbetlerine yol açar. Bu tür sorunlar, çoğu zaman, alkol veya madde bağımlılığı, kendine zarar verici davranış, hatta intiharla sonuçlanır. Depresyon, anksiyete, şizofreni, alkol ve madde kullanım bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların sosyal maliyetleri oldukça fazladır. Dünya nüfusunun en az yüzde 10'unun etkilendiği, bunun da yüzde 20'sinin çocuk ve ergenlerden oluştuğu düşünülmektedir. Sağlık etkilerine ek olarak, ruhsal bozukluklar önemli bir ekonomik yüke neden olmaktadır. DSÖ'nün Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda kanıta dayalı müdahalelerin, ruh sağlığının korunması ve desteklenmesinde etkili olduğu, önemli sosyal ve ekonomik kazançlar sağladığı belirtilmektedir (13, 14).

2.2. Şizofreni

2.2.1. Şizofreni Tanımı ve Tarihçesi

Şizofreni, öznel deneyimler, işlev kaybı ve değişken bir seyir ile tanımlanan geniş bir klinik sendromdur. Şizofreninin tıbbi bir hastalık olduğu düşüncesi ondokuzuncu yüzyılın sonları ve yirminci yüzyılın başlarında ortaya çıkmıştır, ancak şizofreni ile ilgili ilk belirtiler antik çağlardan beri bilinmektedir. MÖ. 1400'lü yıllarda Hint Veda yazılı metinlerinde, sonrasında Çin kaynaklarında ve Yunan mitolojilerinde, doğaüstü güçlerle (şeytana tutunma ya da tanrıların cezalandırması gibi) açıklanan şizofreni olarak nitelendirebilecek durumlardan bahsedilmiştir (15, 16).

Fransız psikiyatrist, Benedict Augustine Morel (1809-1873), ilk olarak 'demans praecox' terimini ortaya koymuştur. Emil Kraepelin, "şizofreni" olarak bildiğimiz şeyleri, diğer majör psikiyatrik bozukluklardan ayrı bir hastalık olarak tanımlayan ve sınıflandıran ilk kişidir. Kapsamlı klinik gözlemler kullanan Kraepelin, "dementia praecox" un (gençlerin demansı) ergenlik ve erken yetişkinlik dönemlerinde başlayan ve davranış ve işlevsellikte kaçınılmaz bir bozulmaya yol açan kronik bir hastalık olduğunu öne sürmüştür. Kraepelin'i takiben, 1908'de İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler, belirtilerin erken başlangıçlı olmayabileceğini ve demansla sonuçlanmayabileceğini göstererek 'dementia praecox' u 'bölünmüş zihin' anlamına gelen şizofreni terimi ile yer değiştirmiş, bunu yaparken de 'şizofreni' kavramını gözden geçirerek ve genişletmiştir. Kraepelin için dementia praecox'un en önemli özelliği "terminal durumu" olmuştur. Demans öyküsü olan herkes iyileşme şansı olmayan kötü bir sonuca sahiptir. Diğer taraftan Bleuler, şizofreniyi temel semptomları ve değişken bir seyri olan "hastalıklar grubu" olarak görmüştür. Bu temel semptomları düzensiz düşünce ve konuşma (çağrışımlarda çözülme), iradesel belirsizlik (ambivalans), anormal duygulanım ve gerçeklikten kopma (otizm) olarak tanımlamıştır. Bu temel belirtiler "Bleuler'ın Dört A'sı" olarak bilinir ve onun için şizofreniyi diğer psikiyatrik hastalıklardan farklı kılan şeydir. Bleuler ayrıca, delüzyon ve halüsinasyonları, şizofreninin ikincil belirtileri olarak tanımlamıştır (16, 17).

Kurt Schneider, şizofreni kavramını “Schneider'in birincil sıra belirtileri” olarak bilinen şekilde gözden geçirerek ayrıntılandırmıştır. Schneider belirli semptomların şizofreniye özgü ve bu nedenle klinik tanıda özellikle önemli olduğuna inanıyordu. Bu belirtiler, kişinin eylemlerini yorumlayan ya da aralarında konuşan seslerden oluşan işitsel halüsinasyonlar; dış güç tarafından kontrol edilme, düşüncelerinin başkaları tarafından sokulduğu, geri çekildiği veya başkalarına aktardığı sanrıları; ve birey için tuhaf sonuçları olan delüzyonel algıları içeriyordu. Bu belirtiler, şizofreninin modern kavramsallaştırılmasına önemli ölçüde katkıda bulunmuştur (16, 17).

2.2.2. Şizofreni ve Sınıflandırma Sistemleri

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu (DSM) ve DSÖ'nün Hastalıklar ve İlişkili Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflaması (*International Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD 10*), büyük oranda benzer klinik görünümü ve prognozu olan hasta gruplarını tanımlamak, erken teşhis ve tedavi seçimini kolaylaştırmak ve genetik ve diğer etiyolojik araştırmalar için homojen kalıtsal bir teşhis kategorisi tanımlamak amacıyla oluşturulmuş ve yaygın olarak kullanılan sınıflandırma sistemleridir. Bu hedefler doğrultusunda şizofreninin tanımı her iki uluslararası standartlar için de belirli kısımlar dışında benzerdir (17, 18). DSÖ'nün ICD-10'a göre şizofreni tanı kriterleri Tablo 2.1.'de verilmiştir (19).

ICD-10'da şizofreninin (F20.0-9); paranoid şizofreni, hebefrenik (disorganize) şizofreni, katatonik şizofreni, ayrışmamış şizofreni, post-şizofrenik depresyon, rezidüel şizofreni, basit şizofreni, başka şizofreni ve şizofreni belirlenmemiş olmak üzere dokuz alt tipi tanımlanmıştır. ICD-10'da tarif edilen şizofreni alt tipleri zaman içinde çok sık değişiklik gösterdikleri ve tanı ya da tedavi açısından önemli bir fark yaratmadıkları için 2018 yılında güncellenmiş olan ICD-11 'Şizofreni ve diğer birincil psikotik bozukluklar' sınıflandırmasında çıkarılmıştır. (18, 19, 20, 21). Buna göre en az bir ay boyunca delüzyonlar; halüsinasyonlar; tutarsız ya da alakasız konuşma ya da neolojizm ile sonuçlanan düşünce bozukluğu; öz deneyimde bozulma; apati ve anhedoni, konuşmanın azlığı ve duygusal ifadelerin küntleşmesi gibi negatif belirtiler; dezorganize davranış ve psikomotor bozuklukları içeren yedi belirti kategorilerinden

en az ikisinin mevcut olması ve mevcut belirtilerden birinin ilk dört temel belirti arasında olması gereklidir (22).

Tablo 2.1. ICD-10 şizofreni tanı kriterleri

Aşağıda (1) numara altında sıralanmış semptom ve belirtilerden en az birisinin ya da (2) numara altında sıralanmış semptom ve belirtilerden en az ikisinin, en az bir ay boyunca devam etmiş olan psikoz atağında zamanın çoğunda görülmüş olması

(1) Aşağıdakilerden en az birisi

- Düşüncenin yankılanması, sokulması ya da çekilmesi ve düşüncenin yayınlanması
- Kontrol edilme, etkilenme veya edilgenlik hezeyanları (bunlar ekstremiteler hareketlerine veya özgül düşünce, eylem ya da duyuumlara ait olabilir), hezeyanlı algılama
- Hastanın davranışlarını yorumlayan veya hasta hakkında kendi aralarında tartışan işitsel halüsinasyonlar ya da vücudun bazı kısımlarından gelen başka türde sanrısız sesler
- Tamamen olanaksız (örneğin havayı kontrol etmek veya başka dünyalardan gelenlerle ilişki içinde olmak gibi) ve kültüre uygun olmayan nitelikte sürekli hezeyanlar

(2) veya aşağıdakilerden en az ikisi.

- Herhangi bir afektif içeriği olmayan hezeyanlarla (geçici ya da yarı sistemli) veya sürekli aşırı değer kazanmış fikirlerle birlikte giden en az bir ay süreyle her gün görülen herhangi bir modalitedeki (işitsel, görsel, dokunsal vb.) devamlı halüsinasyonlar
- Neolojizm; ilgisiz ya da enkoherans bir konuşmaya neden olan düşüncenin devamlılığındaki kopuşlar
- Galeyan hali (excitement), postür alma (posturing), balmumu yumuşaklığı (waxy flexibility), negativizm, mutizm, stupor ile giden katatonik davranış
- Apati, konuşma azlığı, duygusal cevaplarda uygunsuzluk veya küntleşme gibi negatif belirtiler (nöroleptik tedavisine veya depresyona bağlı değildir)

APA'nın 2013 yılında yayınladığı Rusal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Klavuzu 5. Sürüm'ünde (DSM-V) şizofreni tanı kriterleri, 'Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar' başlığı altında yer almaktadır. Şizofreniye özgü bir takım belirti ve bulguların, işle ilgili ya da toplumsal işlevselliğin bozulması ile birlikte görülmesi sonucu şizofreni tanısı konur. Tek bir belirti tanı konması için yeterli değildir ve bu bozukluğa sahip bireyler klinik özellikler açısından değişkenlik gösterebilir. Tablo 2.2.'de DSM-V tanı kriterleri sunulmuştur (23).

Tablo 2.2. DSM-V şizofreni tanı kriterleri

Semptomatoloji
<p>A. Aşağıdaki belirtilerden ikisi (ya da daha fazla) her biri, bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kısmında görülür. Bu belirtilerden en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sanrılar 2. Varsanılar 3. Darmadağın konuşma (örn. Sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma). 4. İleri derecede dezorganize davranış ya da katatonik davranış 5. Negatif belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da avolisyon)
Toplumsal ve Mesleki İşlevsellik
<p>B. Bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kısmında, çalışma, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da daha fazla temel alanda işlevsellik düzeyi, bozukluğun başlangıcından önceki düzeyin belirgin olarak altındadır (bozukluk çocukluk çağında ya da ergenlikte başlamışsa kişilerarası, okulda ya da çalışma ile ilgili işlevsellik, beklenen düzeye erişemez).</p>
Süre
<p>C. Bozukluğun süreğen bulguları en az altı ay devam eder. Bu altı aylık evrenin en az bir ayı (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süre), A tanı ölçütünü (örn. açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve prodromal ya da rezidüel belirti evrelerini içerebilir. Bu bozukluk, prodromal ya da rezidüel evreleri sırasında, yalnızca negatif belirtilerle bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimde görülmesi ile (örn. olağandışı aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) ortaya çıkabilir.</p>
Dahil Etmeme
<p>D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da bipolar bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtilerle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri görülmemiştir ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum değişikliği dönemleri ortaya çıkmış olsa bile, bunlar hastalığın açık ve rezidüel dönemlerinin toplam süresinin küçük bir kısmında bulunmuştur.</p>
<p>E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.</p>
<p>F. Otizm spektrum bozukluğu ya da çocukluk çağında başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra en az bir ay (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) belirgin sanrılar ya da varsanılar görülmesi gerekmektedir.</p>

2.2.3. Epidemiyoloji

Şizofreni, bireyin yaşamında ciddi kayıplara yol açabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Şizofrenide hastalık yükünün niceliğine ilişkin ilk çalışma DSÖ'nün 1990 yılında yaptığı ve 2004 yılında güncellenen 'Global Hastalık Yüğü' çalışmasıdır. Buna göre şizofreni, 15-45 yaş aralığında en fazla yeti yitimine yol açan on hastalık arasında yer almaktadır. 2010 yılında güncellenen 'Global Hastalık Yüğü' çalışmasında en fazla yeti yitimine yol açan ruhsal bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları grubunda yer alan hastalıklar arasında şizofreni yeti yitimi açısından birinci sıradadır. Çalışmanın 2016 yılındaki tekrarında ise dünya çapındaki 310 hastalık ve yaralanma arasında en çok engelleyici olarak 12. sırada yer almaktadır (24, 25).

Sıklık (insidans) bozukluğun yeni olgularının oranıdır ve genellikle 100000 kişide bir yıl içerisinde görülen yeni olgu sayısı ile ölçülür. Sistemik bir derleme, şizofreni insidansının 100.000'de 7,7'den 43,0'a veya 1.000 kişi başına 0,077'den 0,43'e kadar değiştiğini göstermiştir (26). Yaygınlık (prevalans) ise belirli bir zamanda (nokta prevalansı) ya da belirlenen bir sürede (periyod prevalansı) toplumda bozukluğun görülme oranını ifade eder. Genel olarak şizofreni yaygınlığı (prevalansı) % 0,14 ile % 0,46 arasında değişmektedir (27-29). Yapılan bir sistemik derlemede, şizofreninin nokta prevalansı 4,6, periyod prevalansı ise 3,3 olarak bildirilmiştir. Ancak şizofreni yaygınlığı üzerine yapılan araştırmalarda, bozukluğun tüm toplumlarda benzer olmadığı ve toplumun özelliklerine göre değişen geniş bir aralıkta olduğu gösterilmiştir (29, 30). Türkiye'de sınırlı sayıda yapılan genel toplum araştırmalarına dayalı sistemik bir derlemede ise, şizofreni yaygınlığı, 1000'de 8,9 olarak saptanmıştır. Bu oranın farklı ülkelerde belirtilen tahminlere göre yüksek olmasının nedenini anlamada var olan verilerin yetersiz olduğu, örneklem özellikleri, çevresel risk faktörleri ve araştırma yöntemlerinden kaynaklı olarak yüksek olabileceği belirtilmektedir (31).

Bazı çalışmalarda şizofreni görülme oranı için cinsiyet farkı olmadığı belirtilmekle birlikte, bazılarında özellikle erken başlangıçlı vakalarda erkeklerde (1,4: 1) daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Şizofreni belirtileri daha çok geç ergenlik ve 30'lu yaşların ortaları arasında ortaya çıkmaktadır. İlk psikoz dönemi doruk başlangıç yaşı

erkeklerde 20'li yaşların başları ve ortaları, kadınlarda ise 20'li yaşların sonlarıdır. Bozukluğun görülme oranı, kırsal bölgelere göre büyükşehirlerde, düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeyde daha yüksektir. Bu yaygınlık ve sıklık farklılıklarına ek olarak fetal ve perinatal yaşamda başka birçok risk faktöründen söz edilmektedir. Bunlar arasında enfeksiyonlar (örn. influenza, rubella, toksoplazma, herpes simpleks virüs tip 2), beslenme yetersizlikleri (örn. malnutrisyon, folik asit, demir veya D vitamini eksikliği), baba yaşı, fetal / neonatal hipoksi ve obstetrik komplikasyonlar sayılabilir. Kannabis kullanımı, sosyo-ekonomik durum, bebeklik ve ergenlik dönemindeki travma ve enfeksiyonları içeren nörolojik gelişimin diğer potansiyel belirleyici faktörleri de dahil edilmiştir (23, 32-34).

2.2.4. Etiyoloji

Şizofreninin gelişiminde altta yatan psikopatolojik mekanizmalar tam olarak anlaşılammakla birlikte, araştırmalar bu karmaşık bozukluğun gelişiminde nöroanatomik, nörokimyasal ve diğer biyolojik anomaliler, genetik, çevresel ve psikolojik faktörleri içeren biyopsikososyal özelliklerin önemini vurgulamaktadır (35). Evlat edinme, ikiz ve aile çalışmaları ile öne sürüldüğü gibi, genetik faktörler şizofreni etiyojisinde önemli bir role sahiptir. Bugüne kadar yapılan çalışmalar şizofreni riski üzerinde büyük bir etkiye sahip olan tek bir geni tanımlayamamıştır ve bozukluğun çok genli kalıtım özelliği gösterdiği saptanmıştır (35, 36).

Şizofreninin kalıtsallığı %65-80 oranındadır. Genetik yatkınlığın, beyinle ilgili prenatal ve perinatal riskler ve erken çocukluk dönemindeki olumsuz yaşam olayları ile birlikte, nörogelişimin etkilenmesine neden olduğu ve beyindeki dopamin sistemini hassaslaştırdığı ileri sürülmüştür. Çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkabilecek olumsuzluklar (kötü muamele ve istismar, zorbalık, ayrımcılık gibi), artmış dopamin salınımına altta yatan duyarlılık ile beraber stresli durumların deneyimlerinin yorumlanmasına yönelik bir yanlılığa ve nötr olayların psikotik yorumlarına yol açtığı düşünülmektedir (37, 38).

Şizofreninin etiyojisinde çeşitli nörotrsmmitterlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Dopamin, serotonin, norepinefrin, gaba- amino bitürik asit (GABA)

ve glutamat şizofreni patogenezinde rol oynadığı düşünülen yaygın nörotransmitterler arasındadır. Dopaminin şizofrenideki rolü, iki gözlemden ortaya çıkan dopamin hipotezine dayanmaktadır. Bunlardan ilki, dopamin fonksiyonunu bloke eden antipsikotik ilaçların, psikotik semptomları azaltabilmesi, ikincisi ise, dopamin salınımını artıran amfetamin gibi uyarıcı maddelerin, psikoza indükleyerek şizofreniyi alevlendirmesidir. Bu hipoteze göre mezolimbik sistemdeki dopaminerjik hiperaktitenin şizofreninin pozitif belirtilerine aracılık ettiğine, negatif ve bilişsel belirtilerde ise mezokortikal yolaktaki dopaminerjik aktivite eksikliğinin rol oynadığına inanılmaktadır (35, 39).

Serotonin hipotezi şizofrenide şizofreninin hem pozitif hem de negatif belirtilerinin bir nedeni olarak serotonin fazlalığını gösteren başka bir kanıttır. Klozapin ve diğer ikinci kuşak antipsikotiklerin serotonin antagonist aktivitesi, bu önermenin geçerliliğine katkıda bulunmuştur (39, 40). Bazı beyin bölgelerinde glutamaterjik iletim bozukluğu olduğuna dair kanıtlar, şizofreninin dopamin hipotezi ile uyumludur, çünkü ön beyin dopamin projeksiyonları ve glutamat kullanan sistemler arasında karşılıklı bağlantılar vardır. Böylece bir sistemin düzensizliğinin diğerinde nörotransmisyonu değiştirmesi beklenir (41). Şizofreninin patofizyolojisinde rol oynayan bir diğer nörotransmitter GABA'dır. GABA dopamin aktivitesi üzerinde düzenleyici bir etkiye sahiptir ve inhibitör GABAerjik nöronların kaybı, dopaminerjik nöronların hiperaktivitesine yol açabilir. Norepinefrin nörotransmitterlerinin norepinefrin ödül merkezindeki selektif nöronal dejenerasyonun da şizofreni patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir (35, 39). Korteksin yapısal ve işlevsel değişiklikleri de şizofreni etiolojisinde yer almaktadır. Şizofrenide beyin morfolojisi üzerine yapılan uzun süreli çalışmalar, zaman içinde volümetrik azalmalara dair çarpıcı kanıtlar sağlamıştır. Gri cevher haciminde azalma, beyaz cevher bütünlüğünün bozulması ve ventriküler boyuttaki artışlar hastalığın erken evrelerinde saptanmıştır (42). Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında en tutarlı olarak, frontal lob kan akımının azalması (*hipofrontalite*) saptanmıştır. Bazı çalışmalardan elde edilen bulgular, şizofreni hastalarının frontal ve temporal korteks

arasında fonksiyonel bağlantılarda bozulma yaşadığı hipotezini desteklemektedir (43).

2.2.5. Klinik Özellikler

Şizofreni, düşünce, algı, duygu ve davranışların etkilendiği ciddi mortalite ve morbiditeye neden olan nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Şizofreni popülasyonun yaklaşık % 1'ini etkilemekte ve hastalar, bakım verenleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları üzerinde önemli bir sosyoekonomik yük oluşturmaktadır. Şizofreni hastalarının % 25 ila % 50'si intihar girişiminde bulunur ve % 10'u sonunda başarılı olur, bu da genel nüfusun sekiz katından daha büyük bir ölüm oranına yol açar. Şizofrenili bir hastanın yaşam beklentisi, sadece intihar değil, özellikle de erken kardiyovasküler hastalık nedeniyle genel popülasyondan 20-30 yıl daha kısa olabilir. Sigara, sağlıksız beslenme, obezite ve diyabete neden olan fiziksel aktivite eksikliği gibi yaşam tarzıyla ilişkili faktörler, şizofreni hastalarında erken kardiyovasküler hastalıktan kaynaklanan mortaliteye neden olmaktadır (44).

Geç ergenlik ya da erken yetişkinlik dönemlerinde başlayan bozukluğun belirtileri genel olarak pozitif ve negatif belirtiler olarak ayrılrsa da son yıllarda bilişsel bozuklukları da içerecek şekilde üç kategori altında toplanması önerilmektedir. Pozitif semptomlar delüzyon, halüsinasyon, dezorganize düşünce ve davranışları içeren diğer bireylerde olmayan, normal işlevlerin aşırılığını ifade eden belirtilerdir. Buna karşılık, duygulanımda küntleşme, sosyal geri çekilme ve aktivite başlatmada zorluk gibi tipik fonksiyonların yokluğu ise negatif belirtileri temsil eder (44-48).

Delüzyon, bireyin eğitimsel, sosyal ya da kültürel geçmişi ile ilişkilendirilemeyen, sabit, yanlış ve mantığa uymayan sıra dışı düşünce veya inanışları ifade eder. Delüzyonların içeriği oldukça değişkenlik gösterir. En sık görüleni perseküsyon (kötülük görececek olma) olmakla birlikte, referans (üzerine alınma), kontrol edilme, somatik, dinsel, grandiyöz (büyüklük) gibi farklı temaları içerebilir (44, 45).

Halüsinasyon, herhangi bir dış uyaran olmaksızın ortaya çıkan, algı benzeri duyumsamalardır. Bu anormal deneyimler genellikle ilk psikotik atak sırasında mevcuttur. Halüsinasyonlar herhangi bir duyuşsal modalitede (işitsel, görsel, tat,

dokunma, somatik ya da kinestetik) ortaya çıkabilir. Bununla birlikte, şizofreni hastalarının en yaygın olarak görülen (yaklaşık %50) işitsel halüsinasyonlardır. Birçok durumda, hastanın düşüncelerini yüksek sesle tekrarlayan, eylemleri veya düşünceleri hakkında yorumlarda bulunan ya da birbiriyle tartışan erkek ya da kadın olarak tanımlanabilen, hasta tarafından bilinen herhangi biriyle ilişkili olmayan sesleri içerir (45, 49).

Şizofrenili bireylerin çoğunda düşünce süreçlerinde farklı derecelerde bozulma görülür. Biçimsel düşünce bozuklukları, konuşmada ortaya çıkan tezahürlerden ya da bireyin bozuk düşünce kalıplarıyla ilgili öznel farkındalığı ile değerlendirilebilir. Şizofrenideki belirgin biçimsel düşünce bozuklukları, çevresel konuşma, teğetsellik, raydan çıkma, mantıksızlık ve perseverasyondur. Çevresel konuşmada hastalar gereksiz detaylar verir, esas fikre ulaşmayı geciktiren dolaylı anlatımlar yapar. Hastanın hiç bir zaman esas noktaya ulaşamadığı teğetselliğin aksine, sonuçta, soru eninde sonunda cevaplanır. Raydan çıkmada, mantıksal bağlantısı olmayan düşünce zincirleriyle birlikte çağrışımlarda bozulma vardır. Hasta fikir akışını birbirine bağlayamaz ve düşünce doğrultusunda mantıksız ve bağlantısız değişimler vardır. Mantıksızlık, nesnelere ve olaylar için garip açıklamalar sunma eğilimidir. Düşüncede yanlış sonuçlar veya iç çelişkilerin olduğu yerde mevcuttur. Neolojizm dilde karşılığı olmayan yeni kelimelerin yaratılmasıdır. Son olarak, perseverasyonda, hasta uygun olmayan bir fikri veya cevabı tekrarlar (45, 49).

Şizofrenide negatif belirtiler normal duygu, düşünce ve davranışın yokluğunu ifade eder. Alogia (konuşma ya da konuşma içeriğinde belirgin derecede yoksunluk), duygulanımda küntleşme (duygusal ifadede azalma), anhedoni (zevk alamama), avolasyon (motivasyon eksikliği), apati (genel ilgisizlik) ve sosyal geri çekilme gibi negatif belirtiler, işlevsellikte azalma ve uzun süreli yatış ile ilişkilidir (45, 47, 49).

Şizofreninin bilişsel belirtileri, bozulmuş dikkat ve sözel akıcılık (spontan konuşma üretme kabiliyeti) bozukluğu olarak görünen bozulmuş bilgi işleme, dizisel öğrenme ile ilgili problemler (öğel listesi veya olaylar dizisi) ve yürütücü işlevlerde uyanıklıkla ilişkili bozulma (dikkati sürdürme ve odaklama, konsantrasyon

önceliklendirme ve sosyal ipuçlarına dayanan davranışları düzenleme problemleri), olarak görülür (44).

2.2.6. Prognoz

Şizofreninin hastalık yapısı, hastalığın seyri üzerinde nispeten stabil kalan negatif semptomlar ve bilişsel bozulma ve çoğu hastada epizodik temelde ortaya çıkan psikotik belirtilerle birlikte nispeten bağımsız birkaç belirti boyutundadır. Depresif duygudurum, psikotik ataklar da dahil olmak üzere tüm hastalık boyunca şizofreninin en sık görülen semptomudur. Şizofreninin seyri, bireyler arasında yüksek düzeyde değişkenlik gösterirken, ilk psikotik epizodu olan bireylerin yaklaşık %20'si 10 yıl boyunca semptomsuz kalmaktadır. Şizofreni hastalarında genel nüfusa göre, intiharın en sık yer aldığı doğal olmayan ölüm oranları daha yüksektir ve depresif belirtilerle birlikte artmaktadır. Uzun süreli çalışmalardan elde edilen verilere dayanarak, kadın olma, evli olma, erken tedavi, akut başlangıç, uyumlu aile ve kırsal yaşam, negatif belirtilerin yokluğu ve pozitif belirtilerin hakimiyeti, kısa süren ilk atak, iyi premorbid kişilik ve uyum gibi özellikler iyi sonuçlarla ilişkilendirilirken, erkek olma, evli olmama, erken başlangıç yaşı, gecikmiş ve düzensiz tedavi, hastalığın kademeli (sinsi) başlangıcı, sosyal destek eksikliği, negatif belirtilerin fazla olması, ailede şizofreni ya da major psikoz öyküsü, hastalığın başlangıcından önceki kötü sosyal ve mesleki işlevsellik, alkol ve madde kullanım bozukluğu gibi özelliklerin olumsuz sonuç göstergesi olduğu ifade edilir (50, 51).

2.3. Şizofreni Tedavisi

Şizofreni tedavisinde amaç, semptomları yönetmek, nüksetmeyi önlemek, işlevselliği artırmak ve böylece bireyin topluma yeniden katılımını sağlamaktır. Uzun vadeli sonuçları iyileştirmek için hem farmakolojik hem de farmakolojik olmayan bilişsel, davranışsal, mesleki ve psikososyal müdahaleler birlikte kullanılmalıdır (52, 53).

2.3.1. Farmakolojik Tedavi

İlk kez 1950'li yıllarda klorpromazinin keşfi ile antipsikotik ilaçlar şizofreni tedavisinde kullanılmaya başlamıştır. Antipsikotik ilaçlar, dopamin D2 reseptörlerini bloke ederek terapötik etki sağlarlar. Etki mekanizmaları ve yan etkilerine göre birinci kuşak (tipik) ve ikinci kuşak (atipik) antipsikotikler olmak üzere iki gruba ayrılırlar. Klorpromazin, haloperidol gibi birinci kuşak antipsikotik ilaçların tedaviye uyumu bozan ekstrapiramidal sistem yan etkileri vardır. Amisülpiridin, klozapinin, olanzapinin ve risperidon gibi ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar ise, pozitif belirtileri azaltmada birinci kuşak ilaçlara göre daha etkili olduğu ve daha az ekstrapiramidal sistem yan etkileri gösterdiği için tercih edilir olsa da kilo alımı, glikoz intoleransı ve hiperlipidemi gibi metabolik etkilere neden olabildikleri gösterilmiştir (53, 54).

Birinci veya ikinci kuşak antipsikotiklerin hangisinin kullanılacağı ve hangi hastalarda kullanılacağı konusunda tartışmalar sürmektedir. Bununla birlikte, antipsikotik ilaç seçiminde bireyselleştirilmiş bir tedavi stratejisinin, hem mevcut semptomları, komorbid durumları, geçmiş terapötik ve olumsuz etki yanıtını, hem de hasta seçimini ve beklentilerini dikkate alması gerekmektedir ve yan etki profili antipsikotik seçimin en önemli belirleyicisidir (53, 55).

2.3.2. Psikososyal Müdahaleler

Psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, ergoterapistler, hemşireler ve diğer ruh sağlığı profesyonellerinden oluşan rehabilitasyon ekipleri, çeşitli yaklaşımlar kullanarak, farmakolojik tedavi, bağımsız yaşam ve sosyal beceri eğitimi, bireylere ve ailelerine psikolojik destek, ev yaşamı ve anlamlı aktivitelere erişimi birleştirerek, fonksiyonel bozuklukların ve semptomların yoğunluğunun azaltılması için çalışırlar. Psikososyal terapiler, şizofreni hastalarında sosyal becerileri, öz yeterliliği, pratik becerileri ve kişilerarası iletişimi arttırmaya yönelik bilişsel davranışçı terapi, bilişsel iyileştirme, bireysel, grup ve aile terapileri, beceri eğitimi ve mesleki rehabilitasyon gibi çeşitli yaklaşımları içermektedir. Amaç, bağımsız yaşama yönelik sosyal ve mesleki becerilerini geliştirmektir. Bu tür tedavi hastaneler,

poliklinikler, ruh sağlığı merkezleri, gündüz hastaneleri, ev veya sosyal kulüpler de dahil olmak üzere birçok yerde gerçekleştirilebilir (54, 56).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ilk olarak 1952'de şizofreni hastaları için olası bir tedavi olarak rapor edilmesine rağmen, 2009 yılına kadar rutin bir tedavi olarak önerilmemiştir. Son yıllarda, psikoz için uyarlanmış bilişsel davranışçı terapi (BDTp) geliştirilmiştir. BDTp, güncel ve geçmiş sorunlara ilişkin düşünme, duygu, fizyoloji ve davranış arasında açık bağlantılar kurmayı amaçlamaktadır. BDTp ayrıca psikiyatrik belirtilere ve psikolojik sorunlara yol açan ve bunları sürdüren algı, inanç veya akıl yürütme varsayımlarının yeniden değerlendirilmesi yoluyla sistemli bir değişim elde etmeyi amaçlamaktadır. Bireyin psikotik deneyimlerini anlamlandırmasına yardımcı olabilir ve ilişkili stres ve işlevsellik üzerindeki etkisini azaltabilir. Hedeflenen sonuçlar, her zaman ulaşılamamış ya da etki alanı sınırlı olsa da, semptom ve nksetmeyi azaltmayı, sosyal işlevselliğin ve içgörünün geliştirilmesini, stresin azaltılmasını ve iyileşmenin desteklemektir (54, 57).

Dikkat, hafıza, psikomotor hız ve yürütücü işlevler gibi alanlarda bilişsel bozukluk şizofrenide yaygındır ve psikososyal işlevsellik ile sosyal beceri eğitimi ve mesleki rehabilitasyon gibi psikiyatrik rehabilitasyon programlarına zayıf yanıtla ve şizofreninin genel şiddeti, özellikle de negatif belirtilerle ilişkili olduğu için önemlidir. Bu nedenle, bilişsel iyileştirme (*cognitive remediation*) tedavinin odağında yer almaktadır. şizofrenide bilişsel işlevselliğin iyileştirilmesi için çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Bilişsel iyileştirme programlarında, performansı arttırmak için çoğu zaman öğretme stratejileriyle birleştirilen bilişsel pratik alıştırmaları (bilgisayar tabanlı ya da kağıt ve kalem) kullanılır. Bazı programlar ayrıca bilişsel bozuklukların psikososyal işlevsellik üzerindeki etkileriyle baş etme stratejileri de öğretmektedir ya da başka bir rehabilitasyon yaklaşımı ile birleştirilerek ilerletilmektedir (58).

Ruhsal bozukluğu olan birçok insan hastalıkları ve yaşam hedeflerini engelleyen bozukluklarla baş edememektedir. Beceri eğitim programları, insanların bu davranışları öğrenmelerine ve denemeye çalışmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır ve hedeflenen becerilerin kazanılmasına yardımcı olmak için sosyal öğrenme stratejilerine dayanır (59).

Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin aileleri de bu bozukluktan etkilenir ve aynı zamanda iyileşme sürecinde merkezi bir rol oynar. Bu nedenle, aile müdahaleleri aile bireyleriyle yakın temas halinde olan ya da birlikte yaşayan şizofreni tanısı konan tüm bireyler için önerilmeli ve kalıcı belirtileri olan, alevlenme riski yüksek hastalarda öncelikli olarak düşünülmelir. Aile müdahaleleri, genellikle iletişim becerileri, problem çözme ve psiko-eğitim yaklaşımlarını içermektedir (54, 59).

Psiko-eğitim yaklaşımları, kişilerin hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi sahibi olmalarını ve anlamalarını sağlamak için geliştirilmiştir. Şizofreni hastaları için grup terapisi genellikle gerçek hayat planlarına, problemlerine ve ilişkilerine odaklanır. Gruplar davranışsal, psikodinamik veya içgörü yönelimli veya destekleyici olabilirler. Grup tedavisi, sosyal izolasyonu azaltarak, bağlılık duygusunu geliştirmede yararlıdır (54, 56).

2.4. Ruh Sağlığında Ergoterapi

Ergoterapi, özellikle ergoterapistlerin ruh sağlığındaki rolü ve işlevi açısından uzun ve zengin bir geçmişe sahiptir ve mesleğin kökleri ruh sağlığına dayanmaktadır. Ergoterapide ilk görüşler, ruhsal bozuklukların, bir hasarın neden olduğu hastalıklar yerine, çevreye ve kişide denge veya ritim derecesine bir tepki olduğunu vurgulayan manevi tedavi hareketinden kaynak alır. Tedavinin prensibi, aktivitelerin, aktivitenin kalitesi ve terapistin aktivitedeki becerileri ve ilgisi aracılığıyla ilgi, cesaret ve güvene ilham vermesiydi. Tedavi, hastalık yerine sağlığa odaklanmalı ve ergoterapi, kişinin günlük aktivitelerini organize etmesine yardımcı olmalıdır. 20. yüzyılın başlarında, ergoterapinin kurucuları, zihnin ve bedenin iyileşmesinde mesleğin değerini destekleyen bir literatür oluşturmuşlardır. 1922'de Adolph Meyer, ruhsal rahatsızlıkların, kişinin çevre ile uyumsuz etkileşiminin sonucu olduğunu ileri sürerek ruhsal hastalıkları olan kişileri iyileştiren terapötik bir yaklaşımı ele alma isteğinde "iş ve oyun ve dinlenme ve uyku" nun önemini kabul etmiştir (60, 61). Ergoterapist, hastaya çalışma, planlama, yaratma ve araç-gereç kullanmayı öğrenme fırsatı sağlamaktadır. Fırsatlar, hastalara başarı kazanma ve gurur duymalarında yardımcı olacaktır. Aktivitelere bağlılık, gerçeklik duygusu, başarı ve zamansal organizasyon

sağlar. Meyer, günlük aktivitelere katılma ve yaşam memnuniyeti arasında açık bir ilişki olduğunu öne sürmüştür. Ruhsal bozukluğu olan kişilerin çoğu, doğal çevreleriyle günlük temaslarını kaybettikleri için aktivite yoksunluğu yaşarlar. Ergoterapistlerin aktivite performansına odaklanarak, bu bireylerin yaşam aktivitelerine aktif katılımlarını desteklerler (60, 62).

Ruh sağlığında iyileşme kavramı, bireyin tutumları, değerleri, duyguları, hedefleri, becerileri ya da rollerini değiştirmeye dair derin kişisel ve benzersiz bir süreçtir. Hastalığın neden olduğu sınırlamalara rağmen, tatmin edici, umutlu ve katkı verici bir yaşam sürme yoludur. İyileşme, ruhsal hastalığın yıkıcı etkilerinin ötesine geçtikçe, kişinin hayatında yeni anlam ve amaç geliştirmeyi içerir (63). Topluma dahil olma, yaşam rollerinin kazandırılması ve sürdürülmesi ruh sağlığında iyileşmenin somut göstergesi olarak görülmektedir (64).

Ergoterapi, günlük yaşamı yapılandıran ve sağlığa ve iyilik haline katkıda bulunan aktivitelere bağlanma anlayışı üzerine kurulmuştur. Ergoterapi alanında aktivite-rol (*occupation*) insanların günlük yaşantıları boyunca, zamanlarını geçirmek ve yaşamlarına anlam kazandırmak için yaptıkları her şeyi kapsar. Ergoterapinin amaçları engeli olan ve olmayan tüm bireylerde ruh sağlığını ve iyilik halini geliştirmek ve ruhsal hastalığa yakalanan veya risk altında olan kişiler için yaşam kalitesini ve işlevselliği sağlamak, sürdürmek ve iyileştirmek olmak üzere iki yönlüdür. Ergoterapi, ev, okul, işyeri ve toplumda anlamlı aktivitelerle katılımı kolaylaştırır. Ruh sağlığı alanındaki hizmetler, tüm ergoterapi uygulamalarında olduğu gibi, birey merkezlidir. Ergoterapistler, istek ve ihtiyaçlarını belirlemek için bireyle birlikte çalışır ve günlük yaşam aktivitelerine sağlıklı katılımın önündeki engelleyici veya destekleyici faktörleri belirlerler. Klinik muhakeme süreci boyunca ergoterapistler, kanıta dayalı farklı teorik bakış açıları ve yaklaşımları seçer ve uygular. Bu bakış açıları ve yaklaşımlar öncelikle ergoterapi biliminden olmakla birlikte aynı zamanda, fiziksel ve psikiyatrik rehabilitasyon, psikoloji, okul ruh sağlığı, sosyoloji, psikiyatri, nöropsikiyatri ve antropoloji gibi diğer uygulama alanları ve bilimlerden de köken alır. Bu klinik muhakeme süreci, ergoterapi değerlendirmesine ve müdahalesine rehberlik eder. Meslek, tüm insanların, anlamlı bir yaşam sürdürme, çevreye ilgi duyma, sağlığı ve

refahı geliştirme ve sürdürme ve topluma tam katılımı sağlamada, aktivitelere dahil olmanın merkezi rolünü kabul ederek ruh sağlığı hizmetlerine benzersiz bir katkı sağlar. Sadece ruh sağlığını değil, aynı zamanda bireylerin ilgi, değer, alışkanlık ve rollerini göz önünde bulundurarak, günlük yaşama katılma kabiliyetlerini etkileyen fiziksel, duyuşsal ve bilişsel işlevleri de ele alan değerlendirmeler ve müdahaleleri kapsar. Bireysel değişkenler, aktivite ve çevre arasındaki karmaşık etkileşimini analiz eder. Ergoterapistler, hedefe ulaşmak ve aktivite katılımı desteklemek için aktiviteyi ve çevreyi analiz eder, uyarlar ve değiştirir. Böylece bireyler evlerinde, işyerlerinde ve toplumda sağlıklı yaşam biçimlerini geliştirebilir, toplumsal katılımlarını gerçekleştirebilir ve bunu sürdürebilirler (61, 65-67).

Ergoterapistler, kişi, çevre, aktivite ve bunların karmaşık etkileşimlerini göz önünde bulundurarak oluşturulan değerlendirme ve müdahale süreciyle, ruhsal hastalıkları olan kişilere rol sorumluluklarını yerine getirme ve topluma katılım konusunda yardımcı olur. Şizofreni, majör depresyon, bipolar bozukluk ve şizoaffektif bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerde, beceri geliştirmek ve üretken yaşam için gerekli olan destekleri almak, bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde önemlidir. Topluma katılım ve yaşam rolleri, temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerini, serbest zaman, sosyal katılım ve üretkenlik (iş ve okul) aktivitelerine dahil olma yoluyla sağlanır (65).

2.4.1. Şizofrenide Ergoterapi ve Yaşam Becerileri

Şizofrenide ergoterapi müdahaleleri, birey merkezli yaklaşımları içerir, anlamlı ve amaçlı aktiviteler yoluyla işlevsellik, pozitif ve negatif belirtiler üzerine etki ederek aktive bağlılığını ve toplumsal katılımı artırmayı hedefler (68, 69). Ergoterapi bakış açısıyla beceri, eğitim ve uygulama yoluyla elde edilen bir performans bileşenidir. Beceriler, insanlara ait oldukları topluluğun bir parçası olarak işlev görmelerine katkıda bulunur (70, 71).

Yaşam becerileri, yaşamdaki zorluklarla başa çıkmada, fiziksel, zihinsel ve duyuşsal iyilik hali ve yetkinliğin gelişmesine yardımcı olan yeteneklerdir ve bilişsel, davranışsal, duyuşsal, kişisel, kişilerarası veya sosyal olabilir. Yaşam becerilerinin

geniş bir kavramdır ve farklı biçimlerde tanımlanmaktadır. DSÖ'ne göre, yaşam becerileri *"bireylerin günlük yaşam ihtiyaçlarını ve zorluklarını etkili bir şekilde karşılayabilmesini sağlayan uygun ve olumlu davranışlar için yetenekler"* olarak tanımlanmaktadır. DSÖ Ruh Sağlığı Bölümü (*Department of Mental Health*) tarafından tanımlanan beş temel yaşam becerisi alanı karar verme ve problem çözme; yaratıcı düşünme ve eleştirel düşünme; iletişim ve kişilerarası beceriler; öz farkındalık ve empati ile duygular ve stresle başa çıkmadır. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ise, yaşam becerilerini *"insanların bilinçli kararlar almalarına, etkili iletişim kurmalarına ve sağlıklı ve verimli bir hayat için ihtiyaç duyulan baş etme ve kendini yönetme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olan psikososyal ve kişiler arası beceriler"* olarak tanımlamaktadır. Literatürde yaşam becerilerinin tanımı ve sınıflandırılmasıyla ilgili bir fikir birliği bulunmamakla birlikte, genel bir ifadeyle yaşam becerilerinin, yaşam rolleri için arzu edilen ve gerekli olan bilgi, davranış, tutum ve değerleri içerdiği ve kültürler arasında farklılık gösterebileceği söylenebilir (72-74).

Ergoterapistler, kişilere yaşam becerileri eğitimi aracılığıyla bireyselleştirilmiş hedefler oluşturur ve aktivite performans alanlarını ve ilişkili çevresel faktörleri değerlendirmek için birey odaklı bir yaklaşım kullanırlar. Yaşam becerileri eğitimi, danışanın evinde veya bankalar, market, sokaklar, gibi çeşitli toplum alanlarında bireysel eğitimler veya danışanların uygun olduğu durumlarda birbirlerinden bir şeyler öğrenmeleri için fırsatlar sunan grup atölyeleri şeklinde verilebilir (71, 74).

2.4.2.Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli

Vona du Toit Yaratıcı beceriler modeli ruhsal bozukluğu olan bireyler için geliştirilmiş Güney Afrika kökenli ergoterapi uygulama modelidir. 1970'li yıllarda Vona du Toit tarafından geliştirilmiştir. Çıkış noktası Güney Afrika'nın yanı sıra, İngiltere ve Japonya'da da ruh sağlığı alanında yaygın olarak kullanılmaktadır. Model, iyileşme ve beceri odaklıdır, var olan beceriyi tanımlama ve geliştirme üzerinde durur. Motivasyon, model için temel kavramdır. Du Toit, yaratıcılığı kişinin kendi içerisinde ve dünyasında değişiklik oluşturma yeteneği olarak tanımlar. Yaratıcılık süreci fırsatlar ve talepler için farkındalık ve hazır bulunuşluğu sağlayan yaratıcı tepki ile başlar,

fiziksel ve mental bir çabayı ifade eden yaratıcı katılım ile devam eder ve soyut ya da somut bir ürün ortaya çıkaran yaratıcı davranış ile sonuçlanır. Katılım ve ürünün subjektif deneyimi ve algısı kişinin gelecekte benzer ya da farklı fırsat ve taleplere cevabını etkiler. Değişen çevre ve talepler karşısında yapılan tercihler ve kararlar yaratıcılık sürecini oluşturur. Kişinin hayatı boyunca karşılaştığı durumlar, talepler, fırsatlar ve zorluklar yaratıcı beceriler geliştirmek için motive olmasını sağlar. Motivasyon, somut ya da soyut bir ürün oluşturulması ile sonuçlanan bireyin eylemlerini başlatan ve yönlendiren iç kuvvettir. Bireyin, yaşamının anlamını bulma ihtiyacı ve dünya ile etkileşimi eylemlerini şekillendirir. Motivasyon eylemi yönetir ve eylem motivasyonun göstergesidir. Bireyin eylemleri gözlemlenerek motivasyon seviyesi belirlenir (7, 8, 75). Bireyin yaratıcı becerileri sürekli olarak çevreden etkilenir. Kişi, ustalaşılan ve özgürce, severek yapılan aktiviteler ve tanıdık çevrelerle daha rahat ilişki kurabilir ve yaratıcı becerilerini ortaya çıkarabilir. Çevre aynı zamanda, aşına olunmayan, karmaşık ya da problemli ilişki, aktivite ya da durum oluşturabilir. Bunlar, kişinin anksiyete ve stresinin artmasına ve geri çekilmesine neden olabilir. Bu nedenle, kişinin yaratıcı becerileri, ortamın ya da durumun fırsat ve tehditlerinden etkilenerek yaşamın her anında değişebilir (7, 8, 75).

Yaratıcı beceriler, motivasyon ve eylem aşamalarını içeren üç grup altında toplanır. Grup 1, yapıcı hareket için hazırlık, grup 2 normlara uygun davranış ve beceri gelişimi, grup 3 ise kendini gerçekleştirme için davranış ve beceri gelişimini ifade eder. Motivasyon seviyesi bu grupları oluşturan 9 aşamada gelişimsel olarak incelenir. Vona du Toit Yaratıcı beceriler Modeli'nde 4 aktivite performans alanından söz edilir. Bunlar; kişisel yönetim, çalışma becerisi, sosyal beceri ve serbest zaman kullanımınıdır (75).

Modelde incelenen kişisel yönetim alanı, kişinin yaşadığı toplumun kültür ve normlarına göre kendini yönetme becerisidir. Tuvalet, banyo, giyinme, kişisel bakım, beslenme ve toplum içerisinde kendini bağımsız olarak idare edebilmeyi ifade eder (76, 77).

Şizofreni, şizoafektif bozukluk, majör depresyon ya da bipolar bozukluk gibi şiddetli ruh hastalığı olan bireylerde, iş, eğitim, ebeveynlik, ev idaresi ve gönüllü

çalışmayı içeren ücretli ya da ücretsiz işlere katılıma yönelik beceri geliştirmek ve üretken yaşamı desteklemek önemlidir. Ergoterapi uzmanlığı içerisinde, iş ve diğer üretkenlik aktiviteleri sağlığı geliştirmede önemli rol oynamaktadır. İş, bireyin kendi yaşamı ve gelişiminin yanı sıra toplumun ilerlemesine katkıda bulunan, ücretli ya da ücretsiz herhangi bir üretkenlik aktivitesidir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin ergoterapi müdahalesinde üretkenlik temel unsurlardandır. Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli'nde çalışma becerisi, doğru zamanda proje ve görevleri başlatabilme, tartışabilme, yeni fikirler ve yöntemler geliştirme, iş ortamında kendini ve iş yükünü yönetme, kaynakları etkin kullanabilme, normlara uygun etkin iş yapabilme ve kendi performansını gerçekçi bir biçimde eleştirebilme becerisini içerir (75, 78).

Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli'nin bir diğer aktivite performans alanını oluşturan sosyal beceri, tanıdık olan ve olmayan kişilerle sosyal iletişim ve etkileşim becerilerini ve yaşam rollerinde ve sosyal davranışlarda kurallara uyabilme becerisini içerir. Şizofrenili bireylerin çoğunda sosyal beceri alanında yetersizlikler görülür. Sosyal ilişkileri başlatma ve sürdürme, sosyal rolleri gerçekleştirme ve ihtiyaçları karşılamada güçlük yaşarlar (8, 75). Modelin serbest zamanın yapıcı kullanımı alanı, sosyal olarak kabul edilebilir değerler içerisinde, serbest zamanın dengeli, yapıcı ve rekreasyonel kullanımını ifade eder (8). Şizofrenili bireylerde, fiziksel ve mental sağlık, aktivite rutinleri, sorumluluklar, diğer insanlar gibi dış faktörler ve öz yeterlilik gibi iç faktörler aktivite katılımını etkileyebilmektedir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerde serbest zamanın yapılandırılması öz yeterlilik ve kendine güvenin desteklenmesi açısından anlamlı ve değerlidir (12).

Vona du Toit modelinde, dokuz ardışık, birbirine bağlı motivasyon seviyesi ve bunlara karşılık gelen eylem seviyeleri belirtilmiştir (Tablo 2.3.) (79). Motivasyon düzeyleri, bireyi neyin motive ettiğini, motivasyonun gücünü ve gelişiminin aşamalarını gösterir. Eylem seviyeleri ise, fiziksel veya zihinsel çabayla motivasyonun ortaya çıkmasını, somut ya da soyut ürün oluşturulmasını ve kişinin ulaştığı beceri seviyesini gösterir. Her eylem seviyesi, belirli özellikler açısından tanımlanmıştır. Bunlar, bireyin materyallere ve nesnelere, insanlara ve durumlara ilişki kurma ve

anksiyetenin olumsuz etkilerini kontrol etme yeteneği ile, birey tarafından düşünce ve eyleme geçirilen inisiyatif ve özgünlük derecesi ve yaşamın her alanında görev ve zorluklara yönelmeye hazırlanma çabasının kalitesi ile ilgilidir. Her seviye ayrıca üç aşama ilerlemeyi içerir; terapist yönelimli faz, bireyin dış destek ve inisiyatif gereksinimini, kişi yönelimli faz, bireyin performansını bağımsız olarak sürdürebilmesini ve geçiş fazı da bireyin bir önceki seviyenin özelliklerini korurken, bir sonraki seviyeye ilerlemenin belirtilerini göstermesini ifade eder (76, 77).

Tablo 2.3. Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli motivasyon ve eylem seviyeleri

Motivasyon Seviyesi	Eylem Seviyesi	Motivasyon
Çok az çaba (Tone)	Planlanmamış eylem	Biyolojik var oluşun sürdürülmesi
Benlik farklılaşması	Yapıcı olmayan / amaçsız Raslantısal yapıcı	Kendini başkalarından ve çevreden ayırt etme
Öz sunum	Keşfedici	Farklılaşmış benliğin sunumu
Pasif katılım	Deneysel	Beceri kazanımı
Benzeterek katılım	Benzetme	Ürün oluşturulması
Aktif katılım	Özgün	Ürün / sürecin iyileştirilmesi
Rekabetçi katılım	Ürün merkezli	Kendini başkalarına karşı değerlendirme
Katkı verme	Durum merkezli	Durum /koşula katkı verme
Rekabetçi katkı verme	Toplum merkezli	Topluma katkı verme

Sonuç olarak, psikososyal müdahaleler ruhsal bozukluğu olan bireylerde işlevselliğe ve iyileşmeye önemli katkı sağlar. Son yıllarda, anlamlı bir yaşam sürdürmenin desteklenmesi ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçası haline gelmiştir. Ruh sağlığı alanında ergoterapi, birey için anlamlı ve amaçlı aktivitelerle yaşam kalitesini ve iyilik halini artırmayı amaçlar. Odak noktası bireyin bağımsız olarak yaşamını sürdürmesidir. Ergoterapistler, birey, çevre ve aktivite arasındaki ilişkiyi bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirir. Alış veriş, yemek hazırlama ya da temizlik gibi günlük yaşam aktiviteleri, sosyal, serbest zaman ve rekreasyonel aktivitelere katılım için gerekli becerileri geliştirmek benlik saygısını ve yaşam memnuniyetini artırır. Ruh sağlığında yaşam becerileri eğitime yönelik çeşitli çalışmalar bulunmakla birlikte iyi yapılandırılmış, birey merkezli ve kanıt değeri yüksek bir araştırmaya rastlanmamıştır (80).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

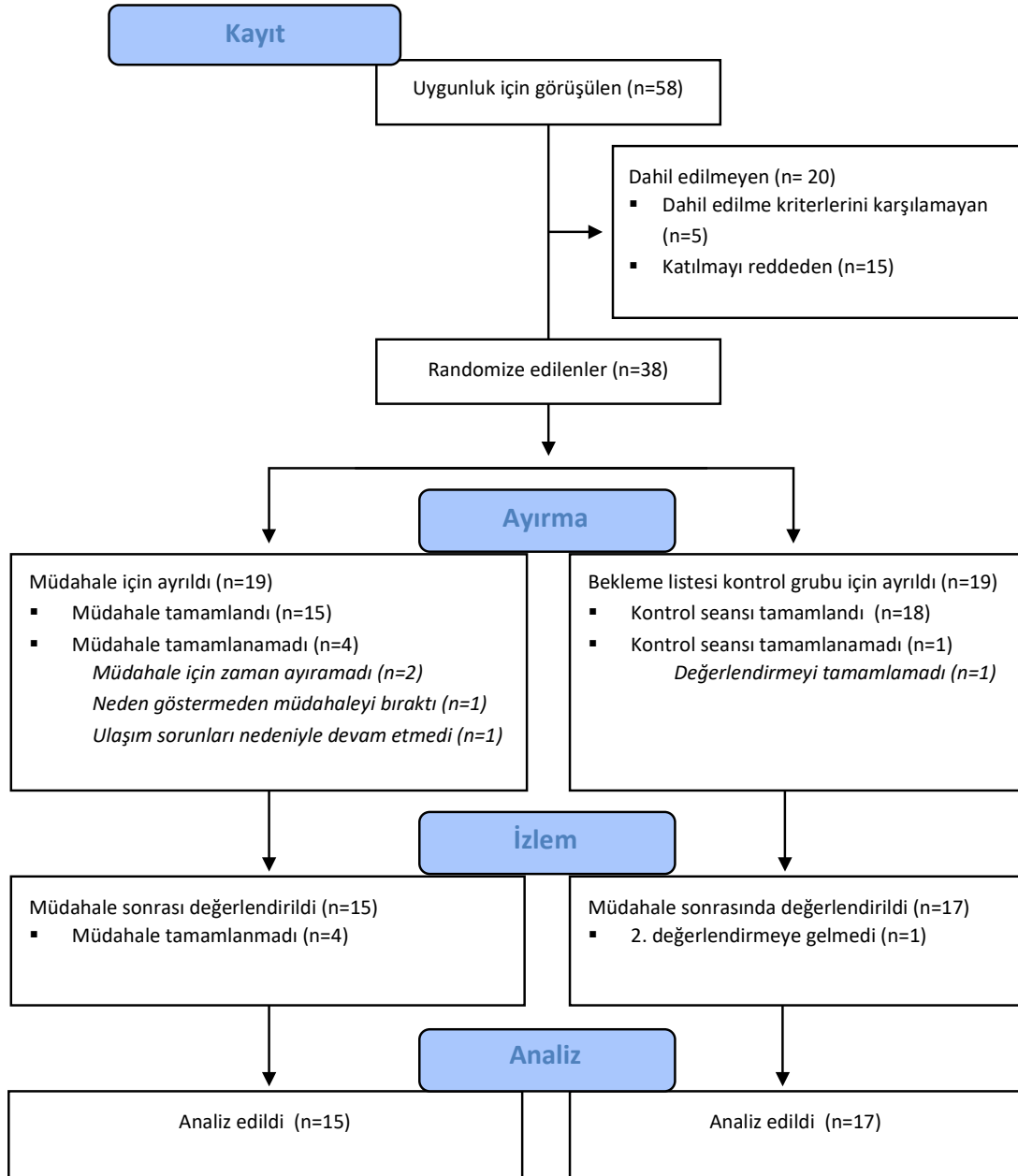
3.1. Bireyler

Nisan 2017-Haziran 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırma, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 31.01.2017 tarihli GO 17/14 karar numarası ile etik olarak uygun bulundu (EK 1). Araştırmanın orjinalliği bilgisayar yazılımı ile test edildi ve orjinallik raporu EK 2’de sunuldu.

Bu araştırmaya, Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine ayaktan başvuran, dahil edilme ve dahil edilmeme kriterlerine (Tablo 3.1.) göre belirlenen şizofreni tanısı almış 32 birey dahil edildi. Poliklinikte, hastalık belirtileri ve şiddeti açısından hekim tarafından değerlendirildikten sonra Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü’ne yönlendirilen ve bilgisayar yazılımı aracılığıyla seçkisiz (yansız) olarak atanan bireylerden 17’si kontrol ve 15’i çalışma grubunu oluşturdu. Araştırmanın kapsamı ve amacı katılımcılara ayrıntılı olarak anlatıldı ve aydınlatılmış onam formu alındı (EK 3). Bireylerin araştırmaya dahil edilme süreci Şekil 3.1.’de verildi.

Tablo 3.1. Araştırmaya dahil edilme ve dahil edilmeme kriterleri

Dahil edilme kriterleri
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 18-65 yaş aralığında olmak ▪ Okur-yazar olmak ▪ DSM-V kriterlerine göre şizofreni tanısı doğrulanmış olmak ▪ Araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra işbirliğini kabul etmek ▪ Medikal tedavisini düzenli olarak sürdürmek ▪ Klinik durumu stabil olmak ▪ Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği'nden P7 ve G8 maddelerinden 3 ve altında puan almak
Dahil edilmeme kriterleri
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mental retardasyon tanısı olmak ▪ Tedaviye yanıt vermeyen fiziksel ya da nörolojik bir hastalığı olmak ▪ Alevlenme ya da aktif hastalık döneminde olmak



Şekil 3.1. Bireylerin araştırmaya dahil edilme süreci.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma katılan bireylere Demografik Bilgi Formu, Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli (*Vona du Toit Model of Creative Abilities, VdTMoCA*) Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği (PNSÖ) (*Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*), Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ) (*Clinical Global Impressions Scale, CGI*), Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde (GYA) Bağımsızlık İndeksi (*Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, ADL*), Lawton ve Brody'in Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri (YGYA) Skalası (*Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADL*), Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ) (*Functioning Assessment Short Test, FAST*), Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) (*Social Functioning Scale, SFS*), Mesleki Rehabilitasyon Anketi (MRA) (*Work Rehabilitation Questionnaire Interviewer Administrated Version 2, WORQ*) ve Yirmi Dört Saatlik Zaman Kullanımı Günlüğü uygulandı. PNSÖ ve KGİ ölçekleri Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görev yapan bir psikiyatrist tarafından yapıldı.

3.2.1. Demografik Bilgi Formu

Bireylerin yaş, cinsiyet ve hastalık süresi gibi bilgilerin yer aldığı demografik özellikleri kaydedildi.

3.2.2. Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Bireylerin mevcut durumu yaratıcı beceriler modeline göre kişisel yönetim, çalışma becerisi, sosyal beceri ve serbest zamanın yapıcı kullanımı alanlarında analiz edildi, motivasyon ve eylem seviyeleri belirlendi. Görüşme Formu EK 4'te verildi.

3.2.3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

Kay ve ark. (81) tarafından 1987 yılında, pozitif ve negatif belirtilerin şiddeti ve genel psikopatoloji düzeyini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 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. Değerlendirmede, son bir hafta içindeki belirtiler göz önünde bulundurulur. Belirtinin şiddetine göre, her bir madde, görüşmeci tarafından yok, çok hafif, orta, orta/ağır, ağır ve çok ağır olmak üzere 1-7 puan arasında derecelendirilir. Uygulama süresi yaklaşık olarak 30-40 dakikadır. Kostakoğlu ve ark. (82) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı incelendiğinde alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları orjinal çalışmadakine benzer şekilde yüksek bulunmuştur (sırasıyla 0.75, 0.77, 0.71). Görüşmeciler arası güvenilirlik sınıf içi korelasyon katsayıları alt ölçekler için sırasıyla 0.97, 0.96 ve 0.91'dir. Yapı geçerliği için pozitif ve negatif alt ölçekler arasındaki kısmi korelasyon katsayısı -0.41 olarak bulunmuş ve pozitif ve negatif alt ölçeklerin farklı belirti kümelerini ölçtüğü belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında, ölçeğin Türkçe uyarlamasının şizofrenili bireylerde pozitif, negatif belirtiler ve genel psikopatolojiyi değerlendirmede geçerli ve güvenilir olduğu söylenebilir. Ölçek EK 5'te sunuldu.

3.2.4. Klinik Global İzlenim Ölçeği

Amerika Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından her yaşta tüm psikiyatrik bozuklukların klinik ve araştırma amaçlı olarak seyrini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek gözleme dayalı olarak yarı yapılandırılmış görüşme sırasında görüşmeci tarafından doldurulur. Hastalık şiddeti, iyileşme ve yan etki şiddetini içeren üç boyutlu bir ölçektir. Hastalığın şiddeti, 1 (hasta değil) ve 7 (çok ağır hasta) arasında derecelendirilir (83, 84). Bu çalışmada ölçeğin ilk boyutu olan hastalık şiddeti bölümü kullanıldı (EK 6).

3.2.5. Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi

Katz ve ark. (85) tarafından geliştirilen ölçek, bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki bağımlılık durumunu değerlendirmektedir. Banyo yapma, giyinme, tuvalet, transfer, 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. Ölçeğin

Türkçe geçerlik çalışması Arık ve ark. (86) tarafından yapılmıştır. Altın'ın çalışmasında Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (87). Çetin ve arkadaşlarının (88) 2013 yılında, Şizofrenili bireylerde yaptığı çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur. İndeks EK 7'de sunuldu.

3.2.6. Lawton ve Brody'in Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası

Lawton ve Brody tarafından (89) 1969 yılında geliştirilen YGYA skalası, telefon kullanma, yemek hazırlama, alış-veriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşır yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren sekiz sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe çevirisi Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi ile birlikte Yardımcı tarafından yapılmıştır (90), Altın'ın (87) çalışmasında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.86 olarak bulunmuştur. Çetin ve arkadaşlarının 2013 yılında, Şizofrenili bireylerde, Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi ve Lawton ve Brody'in (88) Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası'nı kullanarak yaptıkları çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur. Ölçeğin puanlamasında ikili (0-bağımlı, 1-bağımsız) ya da üçlü (1-yapamaz, 2-yardıma ihtiyaç duyar, 3-bağımsız) derecelendirme sistemi kullanılmaktadır (91). Bu çalışmada üçlü puanlama sistemi tercih edildi. Buna göre 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. İndeks EK 8'de sunuldu.

3.2.7. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği

Rosa ve ark. (92) tarafından geliştirilmiş, Türkçe formunun geçerlik güvenilirliği Aydemir ve Uykur (93) tarafından yapılmıştır. 24 maddeden oluşan ve işlevselliği değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin, görüşmeci tarafından değerlendirilen özerklik (0-12 puan), mesleki işlevsellik (0-15 puan), bilişsel işlevsellik (0-15 puan), mali konular (0-6 puan), kişiler arası ilişkiler (0-18 puan) ve serbest zaman etkinlikleri (0-6 puan) olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler "hiç zorlanma yok" (0 puan), "çok az zorlanma" (1 puan), "orta derecede zorlanma" (2 puan), "aşırı

derecede zorlanma” (3 puan) şeklinde dörtlü Likert tipinde derecelendirilir. Ölçeğin kesme puanı hesaplanmamıştır. Yüksek puanlar kötü işlevselliği göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.960, test-tekrar test güvenirlik katsayısı 0.945 olarak bulunmuştur (92, 93). İlgili lek EK 9’da verildi.

3.2.8. Sosyal İşlevsellik leği

şizofrenili bireylerin sosyal işlevselliğini ve zaman içinde ortaya çıkan değişimleri değerlendirmek amacıyla, Birchwood ve ark. (94) tarafından geliştirilmiş ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (95). Türkçe formunun güvenirlik analizinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,807, değerlendirmeciler arası güvenirlik katsayısı hastanın iki yakını için 0,94 ve hasta ile hasta yakını arasında ise 0,95 olarak bulunmuştur. Ölçek günlük işlevler konusunda ayrıntılı bilgi sağlayan, sosyal çekilme (0-15 puan), kişilerarası işlevsellik (0-9 puan), öncül sosyal etkinlikler (0-66 puan), serbest zamanları değerlendirme (0-45 puan), bağımsızlık-yetkinlik (0-39 puan), bağımsızlık-performans (0-39 puan) ve iş/meslek (0-10) 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 (94-96). Ölçek formu EK 10’da sunuldu.

3.2.9. Mesleki Rehabilitasyon Anketi

İşlevsellik Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF) Mesleki Rehabilitasyon ekirdek Seti’ne dayalı olarak geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır. Mesleki Rehabilitasyon Anketi, 18 sosyomografik soru ve 40 işlevsellik sorusu olmak üzere toplam iki bölümden oluşur ve kendini değerlendirme ve görüşmeci tarafından uygulanan olmak üzere iki sürümü olan bir anketidir. Anketin işe geri dönüş programlarında çeşitli sağlık koşullarına sahip hasta populasyonunda içerik /yapı geçerliği, iç tutarlılığı ve test -tekrar test güvenirliği incelenmiştir (97, 98). Anketin Türkçe versiyonu ve kültürel adaptasyonu yapılmıştır (99). Anketin in versiyonunun şizofrenili bireylerde geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur (100). Bu çalışmada,

bireylere Mesleki Rehabilitasyon Anketi'nin görüşmeci tarafından uygulanan sürümünün ikinci bölümündeki işlevsellik soruları uygulandı. Anketten alınan puanların toplamının soru sayısına bölünmesi ile toplam ortalama puan hesaplandı (101). İlgili anket EK 11'de verildi.

3.2.10. Yirmi Dört Saatlik Zaman Kullanımı Günlüğü

Bireylerin zaman kullanımı, 24 saatlik zaman kullanımı günlüğü şeklinde görüşme yöntemi ile değerlendirildi (102). Bu yöntemde bireylere bir gün öncesinde hangi zaman diliminde (saatlik aralıklarda) hangi aktiviteyi yaptıkları sorularak kaydedildi. Gerçekleştirilen aktivitelerin türünü belirlemek için, Amerikan Ergoterapi Derneği'nin (*American Occupational Therapy Association-AOTA*) geliştirdiği Ergoterapi Uygulama Çerçevesi: Alan & Süreç 3. Sürüm (*Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 3rd Edition*) referans alındı. Buna göre aktiviteler; günlük yaşam aktiviteleri, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri, dinlenme ve uyku, eğitim, iş, oyun, serbest zaman ve sosyal katılım olmak üzere sekiz alt alana ayrılmaktadır (Tablo 3.2.) (103).

Tablo 3.2. Ergoterapi uygulama çerçevesi aktivite alanları

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) <i>Bireyin kendine bakmasına yönelik temel ve kişisel aktivitelerdir. Bu aktiviteler sosyal dünyada yaşamak için esastır, temel hayatta kalma ve iyilik halini sağlarlar.</i>	Banyo yapma, duş alma; tuvalet ve tuvalet hijyeni; giyinme; beslenme, yemek yeme; fonksiyonel mobilite; kişisel malzemelerin bakımı; kişisel hijyen ve hazırlanma; cinsel aktivite
Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri (YGYA) <i>Günlük yaşam aktivitelerinde kullanılanlardan daha karmaşık etkileşimlere ihtiyaç duyan ev ve toplum içinde günlük yaşamı destekleyecek aktiviteler</i>	Başka biri ile ilgilenme; evcil hayvan bakımı; çocuk yetiştirme; iletişim yönetimi; araç kullanma ve toplumsal ulaşım; para idaresi sağlık yönetimi ve koruma; ev idaresi; yemek hazırlama ve bulaşık yıkama; dini ve manevi aktiviteler; güvenlik ve acil durum yönetimi; alışveriş
Dinlenme ve Uyku <i>Diğer aktivite/rollere sağlıklı, aktif katılımı desteklemek için restoratif dinlenme ve uyku sağlama ile ilgili aktiviteler</i>	Dinlenme; uykuya hazırlık; uyku
Eğitim <i>Eğitim ortamında öğrenme ve katılım için gerekli aktiviteler</i>	Resmi eğitime katılım; resmi olmayan kişisel eğitim ilgi ve ihtiyaçlarını keşfetme; resmi olmayan kişisel eğitime katılma
İş <i>İşgücü veya emek; nesnelere yapmak, üretmek ya da şekil vermek; yaşam ya da yönetim hizmetlerini veya süreçlerini düzenlemek, planlamak ya da değerlendirmek; para karşılığı olan ya da olmadan gerçekleştirilen aktiviteler</i>	Mesleki ilgiler ve araştırma; iş arama ve işe girme; iş performansı; emekliliğe hazırlık ve geçiş; gönüllülük araştırması; gönüllülüğe katılım
Oyun <i>Keyif, eğlence ya da zihni boşaltma sağlayan kendiliğinden gelişen ya da organize aktiviteler</i>	Oyun keşfetme; oyuna katılım
Serbest Zaman <i>İçsel olarak motive olunan ve isteğe bağlı zamanda katılımın olduğu, yani iş, kişisel bakım veya uyku gibi zorunlu aktivitelere bağlı olmayan, zorunlu olmayan aktiviteler</i>	Serbest zaman aktivitelerini keşfetme; serbest zamana katılım
Sosyal Katılım <i>Toplum ve aile aktivitelerinin yanı sıra akran ve arkadaşlarla aktivitelere istenen katılımı desteklemek için birleşen aktiviteler; diğer insanlarla sosyal durumları içeren ve sosyal dayanışmayı destekleyen aktivitelere katılım. Sosyal katılım, yüz yüze veya telefon görüşmeleri, bilgisayar etkileşimi ve video konferans gibi teknolojilerin kullanımı yoluyla gerçekleşebilir.</i>	Toplum aktiviteleri; aile aktiviteleri; akran, arkadaş aktiviteleri

3.3.Müdahale

Bu tez çalışmasında, bireysel olarak tasarlanan yaşam becerileri eğitimi kapsamında yaşam becerileri, ruh sağlığı alanına özgü geliştirilen bir ergoterapi modeli olan Vona du Toit Yaratıcı Beceri Modeli'nin kişisel yönetim, sosyal beceri, çalışma becerisi ve serbest zamanı içeren dört performans alanı referans alınarak sınıflandırıldı. Müdahale grubunu oluşturan bireyler, standardize testler ve yarı yapılandırılmış görüşmelerle değerlendirildikten sonra problem yaşadıkları yaşam becerileri bireyler ile birlikte belirlendi. Bu yaşam becerileri gözlem ve görüşme yoluyla değerlendirilerek, becerinin seçimi, organizasyonu ve çevre ile etkileşim içerisinde yürütülmesini etkileyen psikolojik, duygusal, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve fiziksel komponentler ile bireyin güçlü yönleri ve kısıtlılıkları açısından analiz edildi. Bireyler haftada 2 gün 8 hafta boyunca (16 seans) birey merkezli yaşam becerileri eğitim programına alındı.

Müdahale basamakları;

- birey ile tedaviye uyum ve işbirliğinin sağlanması
- yaşam becerinin önemi ve anlamı ile ilgili farkındalık geliştirme
- aktivite gerekliliklerini belirleme ve bu gereklilikleri etkili bir şekilde karşılamak için performans becerilerinin öğretilmesi
- aktivite performansı ve süreçle ilgili geri bildirimde bulunma
- ev ödevleri ile takibin sağlanması
- öğrenilen becerileri gerçek yaşam koşullarına genelleyebilmesi için bireyi teşvik etme olarak ilerletildi.

Müdahalede yaşam becerileri öğretilirken, birey ile terapist arasındaki terapatik ilişkiyi artırmak amacıyla terapistin müdahalede kendi tecrübelerini ve değerlerini kullanmasını, bireyle empati kurmayı, bireyin kararlarına saygı duymayı ve birey ile olan iletişimi değişen ihtiyaçlara göre düzenlemeyi içeren kendini terapatik kullanma tekniği uygulandı. Bireyin tedaviye uyumu, aktivite ihtiyaçlarını karşılaması ve kendi kapasitesini kullanmasına yönelik motivasyonunu artırmak için cesaretlendirme ve motivasyonel görüşmeler yapıldı. Aktivite gerekliliklerini bireyin becerisi arttıkça aşamalı bir şekilde arttırmak için aktiviteler derecelendirildi. Eğitim, mümkün olduğu

durumlarda gerçek yaşam koşullarında gerçekleştirildi. Bireyin tedavi sırasında aktiviteyi kendi ortamında gerçekleştiremediği durumlarda terapi çevresini aktivitenin doğal ortamına en yakın hale getirmek için simülasyon kullanıldı. Ev ödevleri ve takip çizelgeleri ile öğrenilen becerilerin genellenebilirliği sağlandı (104). Örneğin, yemek hazırlama aktivitesi, sandviç hazırlamadan bir aile üyesinin doğum günü yemeğini planlama, organize etme ve hazırlamaya basitten karmaşığa doğru derecelendirilerek ilerletildi. Kişisel hijyen ve kendine çeki düzen verme konularında zorluk yaşayan birey için önce temizliğin ve görünüşün kişi için anlamı ve önemi üzerinde farkındalık geliştirmesine yardım edildi. Aktivitenin norma uygun bir şekilde nasıl gerçekleştirileceğiyle ilgili çalışmalar yapıldı. Seanslarda bireye dış görünüşüyle ilgili geri bildirim verildi. Ev ödevleriyle aktivitenin günlük rutinde yer alması desteklendi. Birey ile birlikte kuaföre gidilerek görünüşüyle ilgili memnuniyetinin artması için birey teşvik edildi.

Müdahale içeriğinin genel olarak seanslara dağılımı aşağıdaki gibi olmakla birlikte, bireysel ihtiyaçlara göre düzenlemeler yapıldı.

- *1-4. Seans Kişisel Yönetim*

Kişinin yaşadığı toplumun kültür ve normlarına göre kendini yönetme becerileri
Tuvalet, banyo, giyinme, kişisel bakım, beslenme ve toplum içinde kendini bağımsız olarak idare edebilme becerisi

- *5-8. Seans Sosyal Beceri*

Tanıdık olan ve olmayan kişilerle sosyal iletişim ve etkileşim becerileri
Tüm yaşam rollerinde ve sosyal davranışlarda kurallara uyabilme becerisi

- *8-12. Seans Çalışma Becerisi*

Doğru zamanda proje ve görevleri başlatabilme, tartışabilme, yeni fikirler ve yöntemler geliştirebilme becerisi

İş ve ev ortamında kendini ve iş yükünü yönetme, kaynakları etkin kullanma becerisi

Normlara uygun etkin iş yapabilme becerisi

Kendi performansını gerçekçi biçimde eleştirebilme becerisi

- *12-16. Seans Serbest Zamanın Yapıcı Kullanımı*

Serbest zamanı dengeli, yapıcı ve rekreasyonel aktivitelerle sosyal olarak kabul edilebilir değerler içinde kullanabilme becerisi

Kontrol grubuna ve aile/bakım verenlerine, ilk değerlendirmeler uygulandıktan sonra bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığını artırmaya yönelik tek seanslık farkındalık eğitimi verildi. Kontrol grubunu oluşturan bireyler standart medikal tedavilerine (ilaç, hekim kontrolleri) devam ederken genel ergoterapi müdahalelerine dahil edilmek üzere bekleme listesine alındı ve 8. haftanın sonunda tekrar değerlendirildi.

3.4. İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 23 (*Statistical Packages for the Social Sciences - Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı*) yazılımı kullanılarak yapıldı. Grupların genel özelliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı istatistikler hesaplandı. Ordinal değişkenler için frekans tabloları, normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve minimum/maksimum değerleri, normal dağılan değişkenler için ortalama \pm standart sapma değerleri kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında, nominal değişkenler için Ki Kare Testi, sayısal değişkenler için Student T Testi kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik (Kolmogorow-Smirnov/ Shaphiro-Wilk testleri) yöntemlerle analiz edildi. Normal dağılan verilerde sonuçların grup ve zaman etkileşiminden etkilenip etkilenmediğini araştırmak için Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (ANOVA) uygulandı. Grup - zaman etkileşiminde istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenen verilerde; bireylerin müdahale almasına veya almamasına bağlı olarak, yaşam becerileri eğitiminin değerlendirme sonuçlarında istatistiksel anlamlı biçimde değişime yol açıp açmadığını incelemek amacıyla ikili karşılaştırmalar, Bonferroni düzeltmesi kullanılarak uygulandı. Verilerin normal dağılıma uymaması durumunda ise grup içi tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme bulgularındaki değişiklikleri incelemek amacıyla Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, ön test ve son test değerlendirme bulgularını gruplar arasında karşılaştırmak için ise Mann Whitney U Testi ile kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p=0,05$ olarak belirlendi.

4. BULGULAR

4.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Bireylerin demografik özelliklerinin dağılımını belirlemek amacıyla frekans analizi yapıldı. Yaş, cinsiyet ve hastalık süresi değişkenlerinin kontrol ve müdahale gruplarındaki dağılımı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Bu özellikler açısından grupların homojen olduğu görüldü. Demografik özelliklere ilişkin analizler Tablo 4.1.'de verildi.

Tablo 4.1. Demografik özelliklerin dağılımı

Demografik Özellik		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu		p (Ki kare)
		n=17	%	n=15	%	
Cinsiyet	Kadın	6	35.3	7	46,7	0,513*
	Erkek	11	64.7	8	53,3	
		X	SD	X	SD	p (Student t)
Yaş		38,89	9,38	40,33	11,90	0,703*
Hastalık Süresi		15,18	8,77	15,40	12,61	0,954*

* $p>0.05$

4.2. Motivasyon ve Eylem Seviyelerine İlişkin Bulgular

Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli'ne göre müdahale ve kontrol gruplarındaki bireylerin müdahale öncesi ve sonrası motivasyon seviyeleri Tablo 4.2. ve Tablo 4.3.'de verildi. Buna göre, müdahale grubunda 3 kişinin (%20) motivasyon seviyesi aynı kalırken 12 kişi (%80) ilerleme gösterdi. Kontrol grubunda ise 2 kişinin (%11,8) motivasyon seviyesi ilerlerken, 3 kişinin (%17,6) geriledi, 12 kişinin (%70,6) ise sabit kaldı.

Tablo 4.2. Müdahale grubunun müdahale öncesi ve sonrası motivasyon seviyeleri

Müdahale Grubu	Ön test	Son test
Katılımcı 1	Öz sunum terapist yönelimli	Öz sunum kişi yönelimli
Katılımcı 2	Pasif katılım kişi yönelimli	Benzeterek katılım terapist yönelimli
Katılımcı 3	Öz sunum terapist yönelimli	Pasif katılım kişi yönelimli
Katılımcı 4	Pasif katılım terapist yönelimli	Pasif katılım terapist yönelimli
Katılımcı 5	Özsunumterapistyönelimli	Pasif katılım terapist yönelimli
Katılımcı 6	Aktifkatılımterapistyönelimli	Aktif katılım kişi yönelimli
Katılımcı 7	Benzeterek katılım kişi yönelimli	Benzeterek katılım geçiş
Katılımcı 8	Pasif katılım terapist yönelimli	Benzeterek katılım terapist yönelimli
Katılımcı 9	Öz sunum kişi yönelimli	Pasif katılım kişi yönelimli
Katılımcı 10	Öz sunum terapist yönelimli	Öz sunum geçiş
Katılımcı 11	Aktif katılım terapist yönelimli	Aktif katılım kişi yönelimli
Katılımcı 12	Benzeterek katılım kişi yönelimli	Benzeterek katılım kişi yönelimli
Katılımcı 13	Öz sunum terapist yönelimli	Öz sunum terapist yönelimli
Katılımcı 14	Pasif katılım terapist yönelimli	Pasif katılım kişi yönelimli
Katılımcı 15	Pasif katılım terapist yönelimli	Benzeterek katılım terapist yönelimli

Tablo 4.3. Kontrol grubunun müdahale öncesi ve sonrası motivasyon seviyeleri

Kontrol Grubu	Ön test	Son test
Katılımcı 1	Özsunum terapist yönelimli	Özsunum terapist yönelimli
Katılımcı 2	Pasif katılım terapist yönelimli	Pasif katılım terapist yönelimli
Katılımcı 3	Benzeterek katılım kişi yönelimli	Benzeterek katılım kişi yönelimli
Katılımcı 4	Pasif katılım terapist yönelimli	Pasif katılım kişi yönelimli
Katılımcı 5	Pasif katılım kişi yönelimli	Pasif katılım kişi yönelimli
Katılımcı 6	Benlik farklılaşması terapist yönelimli	Benlik farklılaşması terapist yönelimli
Katılımcı 7	Benzeterek katılım geçiş	Benzeterek katılım geçiş
Katılımcı 8	Pasif katılım kişi yönelimli	Pasif katılım kişi yönelimli
Katılımcı 9	Öz sunum geçiş	Öz sunum geçiş
Katılımcı 10	Pasif katılım terapist yönelimli	Pasif katılım terapist yönelimli
Katılımcı 11	Öz sunum terapist yönelimli	Öz sunum kişi yönelimli
Katılımcı 12	Benlik farklılaşması terapist yönelimli	Benlik farklılaşması terapist yönelimli
Katılımcı 13	Öz sunum kişi yönelimli	Öz sunum kişi yönelimli
Katılımcı 14	Öz sunum terapist yönelimli	Benlik farklılaşması geçiş
Katılımcı 15	Öz sunum kişi yönelimli	Öz sunum terapist yönelimli
Katılımcı 16	Öz sunum kişi yönelimli	Öz sunum kişi yönelimli
Katılımcı 17	Benzeterek katılım kişi yönelimli	Benzeterek katılım terapist yönelimli

4.3. Pozitif ve Negatif Belirtilere İlişkin Bulgular

Gruplarının Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği'nden aldığı puan ortalamaları Tablo 4.4.'te verildi.

Tablo 4.4. Grupların Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği ön test - son test sonuçları

Değişken	Grup	Ön test ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ($\bar{X} \pm SS$)
Pozitif Belirti	Kontrol Grubu	14,76 \pm 5,98	13,82 \pm 4,80
	Müdahale Grubu	12,40 \pm 5,63	10,87 \pm 3,66
Negatif Belirti	Kontrol Grubu	18,12 \pm 5,80	17,41 \pm 6,02
	Müdahale Grubu	18,53 \pm 8,91	13,27 \pm 5,65
Genel Psikopatoloji	Kontrol Grubu	31,41 \pm 7,91	32,76 \pm 9,58
	Müdahale Grubu	29,87 \pm 7,52	25,40 \pm 4,29
PNSÖ Toplam	Kontrol Grubu	64,59 \pm 16,34	64,18 \pm 17,61
	Müdahale Grubu	63,00 \pm 15,86	49,53 \pm 11,84

Veriler normal dağılım ön koşuluna uyduğu için Tekrarlı Ölçümler ANOVA yöntemi kullanıldı. PNSÖ'nün negatif belirti, genel psikopatoloji alt ölçekleri ve toplam puanında grup zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F_{(1,30)}=7,862$, $p=0,009$; $F_{(1,30)}=8,165$, $p=0,008$; $F_{(1,30)}=16,272$, $p=0,001$). Sonuçlar Tablo 4.5.'te verildi.

Grup zaman etkileşimindeki anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi uygulandı (Tablo 4.6.). Sonuçlar, PNSÖ negatif belirti, genel psikopatoloji alt ölçekleri ve toplam puanındaki grup zaman etkileşiminin anlamlılığının müdahale grubu kaynaklı olduğunu gösterdi ($p<0,05$). Bu bulgular doğrultusunda, yaşam becerileri eğitim programının negatif belirtiler ve genel psikopatoloji üzerinde olumlu etkisi olduğu saptandı. Müdahale ve kontrol grubunun PNSÖ pozitif belirti alt ölçeğinde ise grup zaman etkileşiminde anlamlı bir fark görülmedi ($F_{(1,30)}=0,193$, $p=0,664$). Bu nedenle bu alt ölçek için ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi uygulanmadı. Buna göre, yaşam becerileri eğitiminin bireylerin pozitif belirtileri üzerinde etkili olmadığı tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği tekrarlı ölçüm ANOVA sonuçları

Değişken	Varyans Kaynağı	F	p
Pozitif Belirti	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	2,497	0,125
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	3,368	0,076
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	0,193	0,664
Negatif Belirti	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	0,704	0,408
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	13,483	0,001*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	7,862	0,009*
Genel Psikopatoloji	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	3,137	0,087
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	2,337	0,137
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	8,165	0,008*
PNSÖ Toplam	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	2,339	0,137
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	18,390	0,001*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	16,272	0,001*

*p<0,05

Tablo 4.6. Grupların PNSÖ ANOVA ikili karşılaştırmalar Bonferroni sonuçları

Sonuçlar	Grup	(I) Zaman	(J) Zaman	Ortalama Farkı (I-J)	p ^a
Negatif Belirti	Kontrol	Ön Test	Son Test	0,706	0,531
	Müdahale	Ön Test	Son Test	5,267	0,001*
Genel Psikopatoloji	Kontrol	Ön Test	Son Test	-1,353	0,340
	Müdahale	Ön Test	Son Test	4,467	0,005*
PNSÖ Toplam	Kontrol	Ön Test	Son Test	0,412	0,854
	Müdahale	Ön Test	Son Test	13,467	0,001*

^a Çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

*p<0,05

4.4. Hastalık Şiddetine İlişkin Bulgular

Veriler normal dağılım ön koşuluna uymadığı için parametrik olmayan istatistiksel testler kullanıldı. Klinik Global İzlenim Ölçeği sonuçlarına göre gruplar arasında ön test, son test ve bunlar arasındaki fark puanları karşılaştırıldı. Mann Whitney U testi sonuçları incelendi ve ön testte gruplar arasında anlamlı fark olmadığı, son test ve KGİ fark değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (p=0,019, p=0,001). Kontrol grubu ve müdahale grubunda KGİ ön test ve son test puanlarının grup içindeki değişimlerinde anlamlı fark olup olmadığı Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile değerlendirildi. Kontrol grubunun grup içindeki değişimi

anlamli değilken ($p=0,132$), m¼dahale grubunun grup içi değişimi anlamli olarak bulundu ($p=0,004$). Başlangıçta grupların hastalık şiddeti açısından homojen olduğu g¼r¼l¼rken, m¼dahale sonrası m¼dahale grubunun hastalık şiddeti bulgularında anlamli bir azalma olduğu g¼r¼ld¼. Grupların KGİ sonuçları ve analizi Tablo 4.7.'te sunuldu.

Tablo 4.7. Grupların Klinik Global İzlenim Ölçeği ön test-son test sonuçları

KGİ	Ön test	Son test	Fark	Wilcoxon	İşaretli
Grup	Median (Min/max)			Z	p
Kontrol Grubu	4 (1/6)	4 (1/6)	0 (-1/1)	-1,508	0,132
M¼dahale Grubu	4 (1/6)	3 (1/5)	1 (0/2)	-2,919	0,004*
Mann Whitney U Testi	U	126,00	66,50	40,50	
	p	0,954	0,019*	0,001*	

* $p<0,05$

4.5. G¼nl¼k Yaşam Aktivitelerine İlişkin Bulgular

Veriler normal dağılım ön koşuluna uymadığı için parametrik olmayan istatistiksel testler kullanıldı. Katz G¼nl¼k Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi'nden alınan ön test ve son test puanları gruplar arasında Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında ön test puanlarında gruplar arasında fark yokken ($p=0,744$) son test puanlarında anlamli fark bulundu ($p=0,010$). Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi'ne g¼re kontrol grubunun grup içindeki değişimi anlamli değilken ($p=0,317$), m¼dahale grubunun grup içi değişimi anlamli bulundu ($p=0,015$). Ölçekten alınan puanlara g¼re, kontrol grubunda, m¼dahale öncesinde 8 birey (%47,1) tam bağımsızken m¼dahale sonrası değerlendirmede 9 birey (%52,9) tam bağımsızdı. M¼dahale grubunda ise m¼dahale öncesinde 8 birey (%53,3) tam bağımsızken, m¼dahale sonrasında 14 birey (%93,3) tam bağımsız olarak bulundu. Bu bulgular, grupların g¼nl¼k yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumları benzerken, yaşam becerileri eğitimi sonrasında kontrol grubuna g¼re m¼dahale grubunda iyileştiğini g¼sterdi. Sonuçlar Tablo 4.8.'da verildi.

Tablo 4.8. Grupların Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi sonuçları

KATZ GYA	Ön test	Son test	Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi
Grup	Median (Min/max)	Z	p
Kontrol Grubu	5 (2/6)	6 (2/6)	-1,000
Müdahale Grubu	6 (4/6)	6 (5/6)	-2,428
Mann Whitney U Testi	U 119,50	73,50	
	p 0,744	0,010*	

*p<0,05

4.6. Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitelerine ilişkin Bulgular

Kontrol ve müdahale gruplarının Lawton ve Brody'in Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası'na göre ön test ve son test puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 4.9.'da verildi.

Tablo 4.9. Grupların Lawton ve Brody'in Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası ön test son test sonuçları

Değişken	Grup	Ön test (M±SD)	Son test (M±SD)
Lawton YGYA	Kontrol Grubu	17,12±3,62	16,88±3,55
	Müdahale Grubu	17,13±4,05	20,27±2,43

Veriler normal dağılım gösterdiği için Tekrarlı Ölçümler ANOVA yöntemi kullanıldı. Sonuçlar, YGYA puanlarında, grup zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterdi ($F_{(1, 30)}=41,869$, $p=0,001$) (Tablo 4.10). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını incelemek amacıyla ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi uygulandı (Tablo 4.11.). Ölçekten alınan puanlara göre kontrol grubunda müdahale öncesinde 10 birey (%58,8) bağımsızken, müdahale sonrası değerlendirmede bu sonuç değişmedi. Müdahale grubunda ise, müdahale öncesinde 5 birey (%33,3) bağımsızken müdahale sonrasında bireylerin tamamının 17-24 puan arasında alarak bağımsız olduğu görüldü. Bu bulgular, yaşam becerileri eğitiminin yardımcı günlük yaşam aktivitelerini geliştirdiği sonucuna işaret etmektedir.

Tablo 4.10. Grupların Lawton-Brody Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası ön test son test puanlarının ANOVA sonuçları

Değişken	Varyans Kaynağı	F	p
Lawton	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	1,997	0,168
	Gruplar İçi - Zaman (öntest/sontest)	30,988	0,001*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	41,869	0,001*

*p<0,05

Tablo 4.11. Grupların Lawton-Brody Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri Skalası ANOVA ikili karşılaştırmalar Bonferroni sonuçları

Sonuçlar	Grup	(I) Zaman	(J) Zaman	Ortalama Farkı (I-J)	p ^a
Lawton YGYA	Kontrol	Ön Test	Son Test	0,235	0,514
	Müdahale	Ön Test	Son Test	-3,133	0,001*

^a Çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır

*p<0,05

4.7. Genel İşlevsellik İlişkin Bulgular

Kontrol ve müdahale gruplarının Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'ne göre ön test ve son test puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 4.12.'de verildi. Veriler analiz edilirken KİDÖ özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular alt ölçekleri ve ölçek toplam puan verileri normal dağılım gösterdiği için parametrik testler; kişilerarası ilişkiler ve serbest zaman etkinlikleri alt ölçek verileri normal dağılım göstermediği için parametrik olmayan testler kullanıldı.

KİDÖ'nin özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular ve toplam puanında grup zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F_{(1,30)}= 30,037$, $p=0,001$; $F_{(1, 30)}= 30,483$, $p=0,001$; $F_{(1, 30)}= 16,267$, $p=0,001$; $F_{(1, 30)}= 7,694$, $p=0,009$; $F_{(1, 30)}=34,911$, $0,001$) (Tablo 4.13.). Bu anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını incelemek amacıyla ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi uygulandı (Tablo 4.14.). Değişimin müdahale grubu kaynaklı olduğu göz önüne alındığında yaşam becerileri eğitiminin özerklik, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik ve mali konularda işlevselliği artırdığı sonucuna varılmaktadır.

Tablo 4.12. Grupların Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği Ön Test-Son Test Puanları

Değişken	Grup	Ön test (M±SD)	Son test (M±SD)
KİDÖ-Özerklik	Grup 1 (kontrol)	8,71±2,76	8,71±2,80
	Grup 2 (müdahale)	8,00±3,48	5,20±3,08
KİDÖ-Mesleki İşlevsellik	Grup 1 (kontrol)	12,12±3,31	12,06±3,38
	Grup 2 (müdahale)	10,47±4,72	8,80±4,20
KİDÖ-Bilişsel İşlevsellik	Grup 1 (kontrol)	9,65±4,15	9,65±4,15
	Grup 2 (müdahale)	9,93±3,73	8,00±4,07
KİDÖ-Mali Konular	Grup 1 (kontrol)	3,88±1,93	4,00±1,90
	Grup 2 (müdahale)	3,40±2,10	2,60±1,99
KİDÖ-Kişilerarası İlişkiler	Grup 1 (kontrol)	14,00±3,22	14,47±3,26
	Grup 2 (müdahale)	12,07±4,38	10,00±4,71
KİDÖ-Serbest Zaman	Grup 1 (kontrol)	5,53±0,72	5,41±0,71
	Grup 2 (müdahale)	5,13±2,10	4,00±1,73
KİDÖ Toplam	Grup 1 (kontrol)	53,88±14,28	54,24±14,48
	Grup 2 (müdahale)	49,00±18,69	38,53±18,86

Tablo 4.13. Grupların Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği ön test-son test puanlarının ANOVA sonuçları

Değişken	Varyans Kaynağı	F	p
KİDÖ-Özerklik	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	4,091	0,053
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	30,036	0,001*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	30,036	0,001*
KİDÖ-Mesleki İşlevsellik	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	3,178	0,085
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	35,106	0,001*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	30,482	0,001*
KİDÖ-Bilişsel İşlevsellik	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	0,233	0,633
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	16,266	0,001*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	16,266	0,001*
KİDÖ-Mali Konular	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	1,909	0,177
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	4,254	0,048*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	7,694	0,009*
KİDÖ Toplam	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	3,149	0,087
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	30,505	0,001*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	34,911	0,001*

*p<0,05

Tablo 4.14. Grupların Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği ANOVA İkili Karşılaştırmalar Bonferroni Sonuçları

Sonuçlar	Grup	(I) Zaman	(J) Zaman	Ortalama Farkı (I-J)	p ^a
KİDÖ-Özerklik	Kontrol	Ön Test	Son Test	-1,776	1,000
	Müdahale	Ön Test	Son Test	2,800	0,001*
KİDÖ-Mesleki İşlevsellik	Kontrol	Ön Test	Son Test	0,059	0,770
	Müdahale	Ön Test	Son Test	1,677	0,001*
KİDÖ-Bilişsel İşlevsellik	Kontrol	Ön Test	Son Test	0,000	1,000
	Müdahale	Ön Test	Son Test	1,933	0,001*
KİDÖ-Mali Konular	Kontrol	Ön Test	Son Test	-0,118	0,607
	Müdahale	Ön Test	Son Test	0,241	0,002*
KİDÖ Toplam	Kontrol	Ön Test	Son Test	-0,353	0,780
	Müdahale	Ön Test	Son Test	10,467	0,001*

*p<0,05

Normal dağılım göstermeyen verilerin sonuçları Tablo 4.15.'de verildi. Gruplar arasındaki KİDÖ kişilerarası ilişkiler ve serbest zaman aktiviteleri alt ölçeklerinin ön test, son test ve fark puanları karşılaştırıldı. Başlangıçta gruplar arasında anlamlı fark yokken, müdahale sonrası ve fark değerlerinde iki alt ölçek için de istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,006$, $p=0,001$). Kontrol grubu ve müdahale grubunda KİDÖ ön test ve son test puanlarının grup içindeki değişimlerinde anlamlı fark olup olmadığı Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile değerlendirildi. İki alt ölçek için de kontrol grubunun grup içindeki değişimi anlamlı değilken ($p=0,052$; $p=0,317$), müdahale 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 4.15. Grupların Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği ön test-son test puanlarının non parametrik test sonuçları

KİDÖ-Kişilerarası İlişkiler		Ön test	Son test	Fark	Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Grup		Median (Min/max)			Z	p
Kontrol Grubu		14 (9/18)	14 (8/18)	0 (-1/1)	-1,941	0,052
Müdahale Grubu		13 (3/18)	10 (1/17)	1 (0/2)	-3,084	0,002*
Mann Whitney U Testi	U	105,0	55,0	20,5		
	p	0,391	0,006*	0,001*		
KİDÖ-Serbest Zaman Etkinlikleri		Ön test	Son test	Fark	Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Grup		Median (Min/max)			Z	p
Kontrol Grubu		6 (4/6)	6 (4/6)	0 (-1/3)	-1,000	0,317
Müdahale Grubu		6 (0/6)	5 (0/6)	-2(-7/0)	-2,799	0,005*
Mann Whitney U Testi	U	113,0	54,5	55,5		
	p	0,489	0,003*	0,003*		

*p<0,05

4.8. Sosyal İşlevsellik İlişkin Bulgular

Kontrol ve müdahale gruplarının SiÖ'ye göre ön test ve son test puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 4.16'da verildi. Veriler analiz edilirken SiÖ sosyal çekilme, serbest zamanları değerlendirme, bağımsızlık-yetkinlik ve bağımsızlık-performans alt ölçekleri puan verileri normal dağılım gösterdiği için parametrik testler; kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler ve iş/meslek alt ölçek verileri normal dağılım göstermediği için parametrik olmayan testler kullanıldı.

SiÖ'nün sosyal çekilme, serbest zamanları değerlendirme, bağımsızlık-yetkinlik ve bağımsızlık-performans alt ölçek puanlarında grup zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($F_{(1,30)}= 33,684$, $p=0,001$; $F_{(1, 30)}= 36,904$, $p=0,001$; $F_{(1, 30)}= 33,446$, $p=0,001$; $F_{(1, 30)}= 56,860$). Sonuçlar Tablo 4.17'de sunuldu. Grup zaman etkileşimindeki anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını incelemek amacıyla ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi uygulandı (Tablo 4.18).

Tablo 4.16. Grupların Sosyal İşlevsellik Ölçeği ön test-son test puanları

Değişken	Grup	Ön test (M±SD)	Son test (M±SD)
SiÖ-Sosyal Çekilme	Kontrol Grubu	7,53±2,85	7,82±2,77
	Müdahale Grubu	8,33±3,06	11,53±2,72
SiÖ-Kişilerarası İşlevsellik	Kontrol Grubu	5,65±2,00	5,35±1,93
	Müdahale Grubu	5,47±1,77	6,87±1,13
SiÖ-Öncül Sosyal Etkinlikler	Kontrol Grubu	7,29±3,79	6,47±3,71
	Müdahale Grubu	7,87±6,53	16,47±10,18
SiÖ-Serbest Zaman	Kontrol Grubu	9,24±3,46	8,53±3,34
	Müdahale Grubu	9,87±4,39	16,33±5,65
SiÖ-Bağımsızlık-Yetkinlik	Kontrol Grubu	28,12±6,16	27,53±6,37
	Müdahale Grubu	28,27±5,11	33,87±3,42
SiÖ-Bağımsızlık-Performans	Kontrol Grubu	16,29±8,30	15,59±7,50
	Müdahale Grubu	18,20±7,81	27,07±6,33
SiÖ-İş/Meslek	Kontrol Grubu	4,29±4,15	4,24±3,99
	Müdahale Grubu	2,73±3,37	4,13±2,80

Tablo 4.17. Grupların Sosyal İşlevsellik ölçeği ön test-son test puanlarının ANOVA sonuçları

Değişken	Varyans Kaynağı	F	p
SiÖ-Sosyal Çekilme	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	5,319	0,028*
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	48,702	0,001*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	33,684	0,001*
SiÖ-Serbest Zamanları Değ.	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	9,247	0,005*
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	23,806	0,001*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	36,904	0,001*
SiÖ-Bağımsızlık-Yetkinlik	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	3,048	0,091
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	21,938	0,001*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	33,446	0,001*
SiÖ-Bağımsızlık-Performans	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	6,637	0,015*
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	41,326	0,001*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	56,860	0,001*

*p<0,05

Tablo 4.18. Grupların Sosyal İşlevsellik Ölçeği ANOVA ikili karşılaştırmalar Bonferroni sonuçları

Sonuçlar	Grup	(I) Zaman	(J) Zaman	Ortalama Farkı (I-J)	p ^a
SiÖ-Sosyal	Kontrol	Ön Test	Son Test	-0,294	0,398
Çekilme	Müdahale	Ön Test	Son Test	-3,200	0,001*
SiÖ-Serbest	Kontrol	Ön Test	Son Test	0,706	0,389
Zamanları Değ.	Müdahale	Ön Test	Son Test	-6,467	0,001*
SiÖ-Bağımsızlık-	Kontrol	Ön Test	Son Test	0,588	0,428
Yetkinlik	Müdahale	Ön Test	Son Test	-5,600	0,001*
SiÖ-Bağımsızlık-	Kontrol	Ön Test	Son Test	0,706	0,423
Performans	Müdahale	Ön Test	Son Test	-8,867	0,001*

^a Çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır

*p<0,05

Normal dağılım göstermeyen verilerin sonuçları Tablo 4.19’da verildi. Gruplar arasındaki SiÖ kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler ve iş/meslek alt ölçeklerinin ön test, son test ve bunlar arasındaki fark puanları karşılaştırıldı. Başlangıçta gruplar arasında anlamlı fark yokken, müdahale sonrası ve fark değerlerinde kişilerarası işlevsellik ve öncül sosyal etkinlikleri puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,016$, $p=0,002$). İş/meslek alt ölçeği puanında ise son testte gruplar arasında bir fark bulunmazken ($p=0,674$), alt ölçek fark değerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p=0,001$). Kontrol grubu ve müdahale grubunda SiÖ ön test ve son test puanlarının grup içindeki değişimlerinde anlamlı fark olup olmadığı Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile değerlendirildi. 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 4.19. Grupların Sosyal İşlevsellik Ölçeği ön test-son test puanlarının non parametrik test sonuçları

SiÖ-Kişilerarası İşlevsellik		Ön test	Son test	Fark	Wilcoxon Sıralar Test	İşaretli
Grup		Median (Min/max)			Z	p
Kontrol Grubu		5(3/9)	5 (3/9)	0 (-4/2)	-0,710	0,478
Müdahale Grubu		5 (3/8)	7 (5/9)	1 (0/4)	-2,970	0,003*
Mann Whitney U Testi	U	123,5	64,5	48,0		
	p	0,878	0,016*	0,002*		
SiÖ-Öncül Etkinlikler	Sosyal	Ön test	Son test	Fark	Wilcoxon Sıralar Test	İşaretli
Grup		Median (Min/max)			Z	p
Kontrol Grubu		7 (0/14)	6 (1/13)	0 (-5/4)	-1,701	0,089
Müdahale Grubu		6 (1/22)	13 (4/38)	7 (0/20)	-3,299	0,001*
Mann Whitney U Testi	U	116,5	36,5	9,0		
	p	0,677	0,001*	0,001*		
SiÖ-İş/Meslek		Ön test	Son test	Fark	Wilcoxon Sıralar Test	İşaretli
Grup		Median (Min/max)			Z	p
Kontrol Grubu		3 (0/10)	3 (0/10)	0 (-3/3)	-0,272	0,785
Müdahale Grubu		2 (0/10)	3 (0/10)	2 (0/3)	-2,994	0,003*
Mann Whitney U Testi	U	105,0	116,5	42		
	p	0,383	0,674	0,001*		

*p<0,05

4.9. Mesleki İşlevselliğe İlişkin Bulgular

Gruplarının müdahale öncesi alınan ön test ve müdahale bitiminde alınan son test ölçümlerine göre Mesleki Rehabilitasyon Anketi'nden aldığı puan ortalamaları Tablo 4.20'de verildi.

Mesleki Rehabilitasyon Anketi'nin ikinci bölümündeki 40 maddenin toplam puanı, soru sayısına bölünerek ortalama puanlar hesaplandı. Veriler normal dağılım ön koşuluna uyduğu için Tekrarlı Ölçümler ANOVA yöntemi kullanıldı. MRA'nın ortalama puanında grup zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($F_{(1,30)}=18,459$, $p=0,001$) (Tablo 4.21). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını incelemek

amacıyla ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi uygulandı (Tablo 4.22). Sonuçlar yaşam becerileri eğitim programının mesleki işlevselliği artırdığını göstermektedir.

Tablo 4.20. MRA tedavi öncesi ve sonrası grup toplam puan ortalamaları

Değişken	Grup	Ön test (M±SD)	Son test (M±SD)
MRA Puan Ortalamaları	Grup 1 (kontrol)	2,88±1,35	3,20±1,86
	Grup 2 (müdahale)	3,00±1,49	1,62±1,14

Tablo 4.21. Grupların MRA ön test-son test sonuçları

Değişken	Varyans Kaynağı	F	p
MRA Puan Ortalamaları	Gruplar Arası (kontrol/müdahale)	2,191	0,149
	Gruplar İçi-Zaman (öntest/sontest)	7,117	0,012*
	Gruplar İçi- Grup*Zaman	18,459	0,001*

*p<0,05

Tablo 4.22. Grupların MRA ANOVA ikili karşılaştırmalar Bonferroni sonuçları

Sonuçlar	Grup	(I) Zaman	(J) Zaman	Ortalama Farkı (I-J)	p ^a
MRA Ortalama Puanı	Kontrol	Ön Test	Son Test	-0,322	0,244
	Müdahale	Ön Test	Son Test	1,378	0,001*

^a Çoklu karşılaştırmalar için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır

*p<0,05

4.10. Zaman Kullanımına İlişkin Bulgular

Zaman kullanımı günlüğüne göre müdahale ve kontrol gruplarının ön test ve son test değerlerinin karşılaştırması Tablo 4.23.'te verildi. Buna göre, müdahale sonrasında müdahale grubununun yardımcı günlük yaşam aktivitelerine ayırdığı süre istatistiksel olarak anlamlı artış gösterirken, dinlenme ve uyku için ayırdığı süre azamıştır (p<0,05).

Tablo 4.23. Grupların yirmi dört saatlik zaman kullanımını günlüğü sonuçları

Günlük yaşam aktiviteleri		Ön test	Son test	Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Grup		Median (Min/max)		Z	p
Grup 1 (kontrol)		3 (2/5)	3 (2/5)	-1,414	0,157
Grup 2 (müdahale)		3 (2/4)	3 (2/4)	0,000	1,000
Mann Whitney U Testi	U	108,00	121,00		
	p	0,416	0,791		
Yardımcı günlük yaşam aktiviteleri		Ön test	Son test	Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Grup		Median (Min/max)		Z	p
Grup 1 (kontrol)		2 (0/5)	2 (0/5)	0,000	1,000
Grup 2 (müdahale)		3 (2/4)	3 (1/4)	-2,111	0,035*
Mann Whitney U Testi	U	109,50	75,50		
	p	0,479	0,042*		
Dinlenme ve uyku		Ön test	Son test	Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Grup		Median (Min/max)		Z	p
Grup 1 (kontrol)		11 (9/15)	11 (8/17)	0,000	1,000
Grup 2 (müdahale)		10 (8/17)	9 (8/14)	-2,989	0,003*
Mann Whitney U Testi	U	106,00	67,00		
	p	0,409	0,019*		
Eğitim		Ön test	Son test	Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Grup		Median (Min/max)		Z	p
Grup 1 (kontrol)		0 (0/2)	0 (0/1)	-1,000	0,317
Grup 2 (müdahale)		0 (0/2)	0 (0/3)	-1,342	0,180
Mann Whitney U Testi	U	115,00	103,00		
	p	0,513	0,222		
İş		Ön test	Son test	Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Grup		Median (Min/max)		Z	p
Grup 1 (kontrol)		0 (0/8)	0 (0/8)	0,000	1,000
Grup 2 (müdahale)		0 (0/8)	0 (0/8)	-1,000	0,317
Mann Whitney U Testi	U	126,00	117,50		
	p	0,933	0,599		
Oyun		Ön test	Son test	Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Grup		Median (Min/max)		Z	p
Grup 1 (kontrol)		0 (0/0)	0 (0/0)	0,000	1,000
Grup 2 (müdahale)		0 (0/3)	0 (0/3)	-1,000	0,317
Mann Whitney U Testi	U	110,50	110,50		
	p	0,126	0,126		
Serbest zaman		Ön test	Son test	Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Grup		Median (Min/max)		Z	p
Grup 1 (kontrol)		3 (1/8)	4 (1/8)	-0,277	0,782
Grup 2 (müdahale)		4 (1/7)	3 (1/6)	-1,642	0,101
Mann Whitney U Testi	U	114,00	123,50		
	p	0,604	0,877		
Sosyal katılım		Ön test	Son test	Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi	
Grup		Median (Min/max)		Z	p
Grup 1 (kontrol)		2 (1/3)	2 (1/3)	-1,265	0,206
Grup 2 (müdahale)		2 (0/3)	3 (1/4)	-2,828	0,005*
Mann Whitney U Testi	U	123,50	107,00		
	p	0,874	0,399		

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, şizofrenili bireylerde yaşam becerileri eğitiminin işlevsellik üzerine etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü olarak planlandı. Araştırmanın sonucunda, ergoterapi bakış açısıyla planlanan sekiz haftalık (16 seans) birey merkezli yaşam becerileri eğitim programının pozitif belirtiler, genel psikopatoloji, hastalık şiddeti, motivasyon seviyesi, temel ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri, sosyal, mesleki ve genel işlevsellik ve zaman kullanımı becerilerini geliştirdiği saptandı.

Kreyenbuhl ve arkadaşlarının (105), şizofrenili bireylerin ruh sağlığı tedavilerine katılım boyutunu ve ilişkilerini incelemek ve katılımı kolaylaştırıcı stratejiler önermek amacıyla yaptığı derleme çalışmasında, her ne kadar oranlar çalışmalara göre farklılık gösterse de literatüre göre, şiddetli ruhsal bozukluğa sahip bireylerin üçte birinin tedaviyi bıraktığı ifade edilmiştir. Çalışmada, ortak karar vermeyi içeren birey merkezli kanıt temelli çalışmaların katılımı artırabileceği vurgulanmaktadır. Çalışmamızda, dahil edilme kriterlerini sağlayarak gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireylerin çoğu yaşam becerileri eğitimine aktif katılım göstermiş ve eğitimi tamamlamıştır. Birey merkezli olarak tasarlanan yaşam becerileri eğitimine katılım oranının yüksek olduğu görülmüştür.

Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli, ruh sağlığı alanında ergoterapistlere değerlendirme ve müdahale sürecinde yardımcı olan bir çerçeve sunar. Model, ergoterapi alanında bireyin motivasyonu ve eylemleri arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır (7). Samsonraj ve ark. (106), ruh sağlığı alanında çalışan ergoterapistlerin sunduğu tedavilerin sonuçlarını, Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli değerlendirmesi, Genel İşlevsellik Değerlendirmesi ve Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nü kullanarak değerlendirmişlerdir. Araştırmaya katılan ergoterapistlerin müdahale öncesi ve sonrasında uyguladıkları Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli değerlendirmesinin Genel İşlevsellik Değerlendirmesi ile büyük ölçüde ilişkili olduğu ve işlevselliğin değerlendirilmesinde sonuç ölçümü olarak kullanılabilirliği ifade edilmiştir. Camp (107), akut nörolojik rehabilitasyonda

travmatik beyin yaralanması geçiren bireylerde yaptığı doktora tez çalışmasında, Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli çerçevesinde yapılan değerlendirmenin aktivite katılımını ölçmede etkili olduğunu vurgulamaktadır. Literatür incelendiğinde, Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli çerçevesinde yapılan değerlendirmenin işlevsellikle ilişkili ve aktivite katılımını ölçmede etkili olduğunu görüldüğü için çalışmamızda şizofrenili bireylerin motivasyon seviyeleri bu modele göre değerlendirilmiştir.

Bahgoo (108), Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli'ne göre iki farklı seviyede olan (benlik farklılaşması ve özsunum) inme geçiren bireylerde ayna tedavisinin motor ve bilişsel işlevler üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladığı çalışmasında, her iki grupta da etkilenmiş taraf istemli hareketlerinde ve bilişsel işlevlerde iyileşme göstermiştir. Çalışmada, modelin değerlendirmesinin inmeli bireylerde motor işlevlerle ilişkili olduğunu saptanmıştır. Jansen (109), diyabetik ayak komplikasyonu olan bireylerde Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli çerçevesinde sunulan üç aylık ergoterapi müdahalesinin yara büyüklüğü ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelediği çalışmasında, bu değişkenlerde olumlu tedavi sonuçları elde etmiştir. Silaule (110), hastanede yatan ve ruh sağlığı hizmetleri alan 64 bireyde yaptığı çalışmada, genel ergoterapi müdahalesi öncesi, sonrası, bir ay ve üç ay sonundaki takiplerde Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli değerlendirmesini kullanarak bireylerin aktivite katılımını değerlendirmiştir. Çalışmanın sonucunda, başlangıçtan taburculuğa kadar olan süreçte süreç becerileri, iletişim/etkileşim becerileri, dengeli yaşam tarzı ve motivasyon alanlarında rastlantısal yapıcı evre geçiş aşamasından (benlik farklılaşması) keşfedici evre kişi yönelimli aşamaya (öz sunum), yaşam becerileri ve özsayıgı alanlarında rastlantısal yapıcı evre geçiş aşamasından (benlik farklılaşması) keşfedici evre terapist yönelimli aşamaya (öz sunum), rol performansı alanında rastlantısal yapıcı evre kişi yönelimli aşamadan (benlik farklılaşması) keşfedici evre terapist yönelimli aşamaya (öz sunum), duygulanım alanında ise rastlantısal yapıcı evre geçiş aşamasından (benlik farklılaşması) keşfedici evre geçiş aşamasına (öz sunum), doğru bir ilerleme olduğu gösterilmiştir. Literatür incelendiğinde, Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli'nin bireylerin motivasyon seviyesini değerlendirmek ve

buna uygun tedavi oluşturmak amacıyla ruh sağlığının yanı sıra inme, travmatik beyin yaralanması, diyabet gibi çeşitli alanlarda kullanımının olduğu görülmüştür (79, 106-110). Çalışmaya yönelik motivasyon, destekli istihdama katılım için öncelikli ve hatta bazen tek uygunluk kriteri olarak kabul edilmektedir. Bu doğrultuda Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli'nin motivasyon ve eylem, amaçlı aktivite ve dereceli ilerleme parametreleri destekli istihdamla ilişkili teorik alt yapıyı oluşturmaktadır ve mesleki rehabilitasyon alanında da kullanımı önerilmektedir (10, 79). Motivasyon; değerlendirilmesi kolay olmayan ancak bireylerin katılımını doğrudan etkileyen bir unsur olmasından dolayı analiz edilmesi oldukça önemlidir. Bununla birlikte, şizofrenili bireylerin işlevselliğini Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli çerçevesinde inceleyen kanıt temeli araştırmalara rastlanmamıştır. Araştırmamızda, Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli Değerlendirmesi kullanılmıştır. Şizofrenili bireylere yönelik birey merkezli yaşam beceri eğitiminin, rehabilitasyon alanında başarıya ulaşmada temel faktörlerden biri olan motivasyon seviyesini artırdığı ortaya konmuştur.

Reddon ve ark. (111), 31 şizofrenili bireyde, 16 hafta süren yaşam becerileri eğitim programının psikososyal uyum üzerine etkisini incelemiştir. Tek grup tasarımı olan araştırmanın sonucunda, sosyal semptomatoloji ve depresyon üzerinde olumlu sonuçlar görülürken psikiyatrik semptomatoloji üzerine bir etki bulunmamıştır. Mairs ve Bradshaw'ın (6) 13 şizofrenili birey ile tamamladıkları 12 seans yaşam becerileri eğitiminin sonucunda, sosyal işlevsellik değerlerinde anlamlı fark bulunmazken, negatif belirti ve genel psikopatoloji değerlerinde anlamlı bir azalma görülmüştür. Psikoeğitim, aktivite planlama, model olma, şekillendirme ve pekiştirme müdahalelerini içeren bu pilot çalışmanın bulguları, yaşam becerileri eğitimi yaklaşımlarının şizofreni tanılı bireylerde, özellikle de hastalıkla ilişkili negatif belirtileri olan hastalarda semptomları azaltabileceğini göstermektedir. Araştırmada, yaşam becerileri eğitiminin etkisi pozitif belirtiler ve sosyal işlevsellik sonuçlarına yansımamıştır. Bununla birlikte, yazarlar, daha iyi tasarlanmış ve geniş örneklem grubunu içeren randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulamıştır. Literatür incelendiğinde, ruhsal bozukluğu olan bireylerin tedavisinde yaşam becerileri eğitiminin etkinliğini inceleyen çok sayıda çalışma olduğu görülmüştür.

Ancak, bu yaklaşımların semptomatoji üzerine etki düzeyini saptayan kanıt düzeyi yüksek yeterli çalışma bulunmamaktadır (112). Araştırmamızın randomize kontrollü tasarımı ile, 16 seanslık yaşam becerileri eğitiminin şizofrenin negatif belirtileri azalttığı ve genel psikopatoloji üzerinde olumlu etkileri olduğu ortaya konmuştur.

Şizofrenili bireylerde yaşam becerilerini de içeren ve hastalık belirtileri ve şiddetine etkilerinin değerlendirilen ergoterapi müdahale çalışmaları genellikle uzun süreli hastane yatışı sırasında gerçekleştirilmiştir. Tatsumi ve ark. (113), psikiyatri servisinde yatan 18 kontrol ve 16 müdahale olmak üzere toplam 34 şizofrenili birey ile tamamladıkları, pişirme aktivitelerini içeren ergoterapi müdahalesinin negatif belirtiler üzerine etkisini incelemişlerdir. Araştırmanın sonucunda, haftada 1 gün, 15 hafta süren müdahalenin şizofreninin negatif belirtilerinde azalma sağladığı gösterilmiştir. Foruzandeh ve Parvin (114), uzun süreli hastane yatışı olan şizofrenili bireylerin kendi seçtikleri ifade edici, sanatsal ve rekreasyonel aktivitelerden oluşan altı aylık ergoterapi müdahalesinin, ilaç tedavisi ve terapatik iletişimi içeren rutin bakım hizmeti alan kontrol grubu ile karşılaştırıldığında şizofreninin pozitif ve negatif belirtileri üzerinde etkili olduğunu bulmuşlardır. Hoshii ve arkadaşlarının (115), uzun süreli yatan hastalar üzerinde, bireyin seçtiği ve terapistin seçtiği aktivitelerin terapatik etkisini karşılaştırmayı amaçladıkları çalışmada, altı ay süreli ergoterapi müdahalesinin hastalık belirtileri üzerine etkisini PNSÖ ölçeğini kullanarak değerlendirmişlerdir. Araştırmada, bireylerin seçtikleri aktivitelere yönelik müdahale sonrasında pozitif belirti alt ölçeğinin düşmanca tutum ve şüphecilik boyutlarında ve genel psikopatoloji alt ölçeğinin ise zihinsel aşırı uğraşı alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Karbalaee-Nouri ve arkadaşlarının (116), ayaktan tedavi gören ve yatan hastalardan oluşan heterojen grupta, ilaç ve semptom yönetimi, serbest zaman yönetimi ve temel iletişim becerilerini içeren sosyal yaşam becerileri grup eğitiminin etkisini incelemek amacıyla planladıkları çalışmada, şizofreni psikopatoloji şiddetinde azalma ve yaşam kalitesinde artış saptamışlardır. Ancak bu değişimin hangi gruptan kaynaklandığı belirtilmemiştir. Shimada ve ark. (117), hastanede yatan şizofrenili bireylerde motivasyonel görüşme, kendini izleme, bireysel ziyaretler, el becerilerine yönelik aktiviteler, bireysel psikoeğitim ve

taburculuk planlamayı içeren bireysel ergoterapi müdahalesinin grup ergoterapi müdahalesiyle birlikte etkinliğini incelemeyi amaçlamışlardır. 21 birey sadece grup ergoterapi müdahalesi alırken, 30 birey grup ergoterapi müdahalesi ile birlikte bireysel ergoterapi müdahalesi almıştır. Araştırmanın sonunda, bireysel ergoterapi müdahalesi alan grupta nörobilişsel beceriler, pozitif belirtiler ve genel psikopatolojide iyileşme görülürken sosyal beceri sonuçlarında farklılık saptanmamıştır. Literatürdeki bu ergoterapi çalışmaları 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 şizofrenili 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 şizofrenili bireylerde birey merkezli ergoterapi müdahaleleri oluşturulurken, yaşam becerilerini geliştiren eğitim programlarının önemli olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, literatürde pozitif belirtiler üzerinde olumlu sonuçlar görülen çalışmaların daha uzun süreli takiplerle yürütüldüğü görülmüştür. Çalışmamızda, 8 haftalık birey merkezli yaşam becerileri eğitiminin bu belirtiler üzerinde anlamlı olumlu etki oluşturacak kadar uzun süreli olmadığı, ayrıca, bu sonucun yaşam becerileri eğitiminin, hastalığın pozitif belirtileri üzerine doğrudan odaklanmamasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Koolae ve Falsafinejad (118), 12 kontrol ve 12 deney olmak üzere toplam 24 erkek şizofrenili bireylerde toplumsal yaşam becerileri eğitiminin günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisini incelemiştir. Araştırmada, 10 seanslık grup eğitimin kendine bakım, iletişim becerileri ve davranış problemleriyle başa çıkma üzerine etkili olduğu bulunmuştur. Patterson ve arkadaşları (119), kontrol ve müdahale olmak üzere toplam 32 ruhsal bozukluğu olan bireyde ilaç yönetimi, sosyal beceri, iletişim, organizasyon ve planlama, ulaşım ve para idaresini içeren 24 seans İşlevsel Adaptasyon Becerileri Eğitimi'nin ilaç tedavisi ile karşılaştırıldığında müdahale sonrası ve üç aylık takipte sosyal işlevsellik ve günlük yaşam aktiviteleri üzerinde etkili

olduğunu göstermişlerdir. Katz ve Keren (120), geliştirdiği yürütücü fonksiyon ve aktivite temelli aktivite hedef müdahalesinin şizofrenili bireylerdeki etkinliğini değerlendirmek üzere 18 yetişkin katılımcıyı aktivite hedef müdahalesi, nörobilişsel rehabilitasyon ve aktivite eğitim programı olmak üzere üç gruba ayırmış ve 18 seanslık müdahalenin öncesinde, sonrasında ve müdahale sonrası altıncı ayda değerlendirmiştir. Müdahale, yürütücü işlevleri artırmayı hedefleyen yemek hazırlama, para idaresi, okuma, yazma ve bilgisayar kullanma aktivitelerini içermektedir. Bireylerin yürütücü becerileri, temel ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri, meslek öncesi aktiviteleri ve serbest zaman aktiviteleri değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonunda tüm grupların yürütücü fonksiyonlarında artış görülmüş, sadece aktivite hedef müdahalesi grubunda yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Grupların meslek öncesi aktivite katılımlarında fark saptanmamıştır. Vizzotto ve ark. (121), 25 şizofrenili bireyi rastgele olarak 15 hafta (30 seans) süren aktivite hedef müdahalesi ve serbest sanatsal aktiviteler gruplarına atamış ve bireylerin semptom şiddetlerini, yürütücü becerilerini, fonksiyonel durumlarını ve aile gözünden bağımsız yaşam becerilerini müdahale öncesi ve sonrası değerlendirmiştir. Araştırmacılar aktivite hedef müdahalesinin, yürütücü beceriler, iletişim ve kendine çeki düzen verme gibi fonksiyonel aktiviteler ve aile gözünden günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğunu bildirmiştir. Literatür incelendiğinde yaşam becerilerini de içeren müdahalelerin daha çok yardımcı günlük yaşam aktivitelerine odaklandığı ve bu aktivitelerin bazıları içerdiği görülmüştür (112, 118-121). Ayaktan tedaviye gelen kronik şizofrenili bireylerin dahil edildiği araştırmamızda, bireylerin bağımsızlığı hem temel hem de yardımcı günlük yaşam aktiviteleri açısından değerlendirilmiştir. Değerlendirme bireylerin temel günlük yaşam aktivitelerinde de bağımlı oldukları görülmüştür. Birey merkezli yaşam becerileri eğitiminin bu bireylerin temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlığı artırmada etkili olduğu saptanmıştır. Kronik şizofrenili bireyler için planlanan ergoterapi müdahale programlarında yaşam becerileri eğitimlerinin

yardımcı günlük yaşam aktivitelerinin yanı sıra temel günlük yaşam aktivitelerini de içermesi gerektiği düşünülmektedir.

Yıldız ve ark. (122), sosyal beceri eğitimine dahil edilen psikoeğitim, kişilerarası grup terapisi ve aile eğitiminden oluşan 8 aylık psikososyal beceri eğitim programının, şizofrenili bireylerin sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi üzerine bütüncül bir yaklaşım olarak standart bakım ile karşılaştırılmasının etkisini değerlendirmiştir. Çalışma şizofrenili bireylerde psikososyal beceri grup eğitim programının sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesini artırdığını vurgulamaktadır. Roberts ve Penn (123), sosyal işlevselliğe yönelik 20 haftalık sosyal biliş ve etkileşim grup eğitiminin, ilaç yönetimi, bireysel ve grup psikoterapi, vaka yönetimi, aile eğitimi ve destek ve ergoterapiyi içeren standart tedavi ile karşılaştırıldığında duyguları algılama ve sosyal beceri üzerine olumlu etkisi olduğunu göstermiştir. Li ve arkadaşlarının (124) geliştirdikleri kapsamlı toplum temelli müdahalenin, şizofrenide klinik semptomlar, sosyal işlevsellik, içselleştirilmiş stigma ve ayrımcılık üzerine etkilerini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada, müdahalenin ayrımcılığın azaltılmasında, klinik belirtilerin ve sosyal işlevselliklerin iyileştirilmesinin yanında stigmatla başa çıkma becerilerinin artırılmasında etkili olabileceği öne sürülmüştür. Taksal ve ark. (125), 27 şizofrenili birey ile 16-20 seans tek grup tasarımlı bilişsel ayırt etme, sosyal algılama, sözel iletişim ve sosyal beceriler alt bölümlerini içeren Bütünleştirilmiş Psikolojik Tedavi'nin bireysel müdahale sonrası ve üç aylık takipte sosyal biliş, sosyal beceri ve işlevsellik üzerine etkisini inceledikleri çalışmada olumlu sonuçlar elde etmişlerdir. Araştırmada kontrol grubu bulunmamaktadır. Mairs ve Bradshaw'ın (6) çalışmasında, yaşam becerileri eğitiminin sosyal işlevsellik üzerine etkisi görülmemiştir. Ancak bu çalışmanın kontrol grubu yoktur.

Literatürde şizofrenili bireylerde sosyal işlevsellik üzerine yapılan çalışmaların çoğunlukla sosyal beceri eğitimlerinden oluşan grup müdahalelerini içerdiği görülmüştür (122-125). Araştırmamızda, Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli performans alanları göz önünde bulundurularak oluşturulan ve işlevselliğe doğrudan odaklanan birey merkezli yaşam becerileri eğitiminin sosyal işlevsellik üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir. İyileşmenin önemli bir göstergesi olan sosyal işlevselliğe yönelik

müdahalelerin bireysel ve grup müdahalelerle desteklenerek toplumsal katılımı artırdığı düşünülmektedir.

Davis ve ark. (126), şizofrenili bireylerdeki 4 aylık mesleki rehabilitasyon programı içerisinde verilen farkındalık (*mindfulness*) eğitiminin bireylerin iş ile ilgili sorunların tartışıldığı destek programı karşısında iş performansı ve haftalık çalışma süresindeki etkisini incelemiştir. 18 kişilik müdahale grubu çalışma sonrası ve altı aylık takip değerlendirmelerinde 16 kişilik destek programı grubundan daha çok çalışma süresi kaydetmiş ve daha yüksek iş performansı göstermiştir. Yazarlar farkındalık eğitimi alan bireylerin düşünce, duygu ve davranış örüntüleri hakkındaki farkındalıklarının artmasının mesleki başarıyı artırabileceğini belirtmişlerdir. Glynn ve ark. (127), 107 kişilik şizofrenili bireyi iki gruba ayırmış ve 2 yıl boyunca 39 bireye bireysel işe yerleştirme ve takip programı uygularken, 28 bireye hem işe yerleştirme ve takip programı hem de rol yapma, problem çözme alıştırmaları gibi basamaklarını içeren işyeri temel modülü grup beceri eğitimini vermiş ve bu müdahalelerin bireylerin işe girme ve işyerinde çalışma günleri açısından sonuçlarını karşılaştırmıştır. Çalışmanın sonunda işe yerleştirme ve takip programına devam eden bireylerin, işe yerleştirme ve takip ile işyeri temel modülünü alan bireylere göre daha yüksek oranda işe girdiklerini ve işyerinde devam gösterdikleri belirtilmiş, yazarlar tarafından klinikte çalışılan beceri eğitiminin şizofrenili bireyler tarafından çalışma hayatına aktarılamadığı tartışılmıştır. Arbesman ve Logsdon (128), şiddetli ruhsal bozukluğa sahip bireylerin istihdam ve eğitimlerine yönelik müdahaleleri incelediği sistematik derlemede, sosyal beceri eğitiminden bağımsız olarak yaşam becerileri müdahalelerini inceleyen çalışmaların az olduğunu ve bu alandaki sonuçların birinci seviye kanıt düzeyindeki derlemeler için yetersiz olduğunu belirtmiştir. Yazarlar aynı çalışmada sosyal beceri eğitimi ve yaşam becerileri eğitimini birleştiren iyi yapılandırılmış çalışmaların kanıt düzeyinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Üç adet sosyal ve yaşam becerilerini birleştiren birinci seviye kanıt düzeyindeki müdahale çalışmasında derleme yazarları, müdahalelerin bağımsız yaşam becerilerini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir (129-131). Yazarlar benzer şekilde Patterson ve arkadaşlarının (119, 132, 133) yürüttüğü yaşam becerileri eğitiminin bireylerin günlük

yaşam aktivitelerinde istatistiksel olarak anlamlı gelişme görüldüğünü belirtmişlerdir. Sonuç olarak, bireysel yerleştirme ve destek uygulanarak desteklenmiş istihdam müdahalesinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin rekabetçi istihdam katılımlarını artırdığına dair kuvvetli kanıtlar mevcuttur. Yaşam becerilerini de içeren bilişsel ve sosyal beceri eğitimlerinin de eklenmesi bu sonuçların gücünü artırmaktadır (128). Literatür incelendiğinde, şizofrenili bireylerde mesleki işlevselliği inceleyen çalışmaların çoğunun kapsamlı ve çok yönlü mesleki rehabilitasyon hizmetlerini içerdiği görülmüştür. Araştırmamızda, doğru zamanda proje ve görevleri başlatabilme, tartışabilme, yeni fikirler ve yöntemler geliştirebilme, iş ve ev ortamında kendini ve iş yükünü yönetme, kaynakları etkin kullanma, normlara uygun etkin iş yapabilme ve kendi performansını gerçekçi biçimde eleştirebilmeye yönelik meslek öncesi becerileri içeren birey merkezli yaşam becerileri eğitimi, şizofrenili bireylerin mesleki işlevselliklerini olumlu yönde etkilemiştir. Ancak bu alanda daha uzun süreli ve kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmalar, ruhsal bozukluğu olan bireylerde üretkenlik becerilerinin aktivite katılımı ile ilişkili olduğunu ve üretken bir yaşamın sorumluluk, kimlik ve öz değer duygularını güçlendirdiğini göstermektedir (128). Leufstadius ve arkadaşları, ruhsal bozukluğu olan bireylerde, uykuya daha az zaman ayırma ve çalışma ve eğitim ile daha çok zaman geçirmenin daha iyi sağlık ve işlevsellik sonuçları sağladığını bildirmişlerdir (134). Minato ve Zemke (135), şizofrenili bireylerin zaman kullanımını sağlıklı bireylerle, aynı zamanda çalışan şizofrenili bireylerin zaman kullanımını çalışmayan şizofrenili bireylerle karşılaştırmıştır. Diğer çalışmalarla benzer olarak şizofrenili bireylerin sağlıklı bireylere göre uyku ve pasif aktivitelere daha çok katıldığını, bununla beraber çalışan şizofrenili bireylerin günlük rutinde uykuyla birlikte daha çok mesleki aktivitelerin yer aldığını, çalışmayan bireylerin ise çalışanlara oranla uykuya, müzik dinlemeye, televizyon izlemeye ve dergi okumaya çok daha fazla zaman ayırdığını bildirmiştir. Eklund ve ark. (136), çalışmalarında ayaktan tedavi gören ruhsal bozukluğu olan 103 bireyin dinlenme dışı aktif günlük yaşam, iş/egitim ve serbest zaman aktivitelerine katılımlarını incelemiş ve bireylerin bu aktivitelerin üretme ve yeni bir şey öğrenme gibi somut değerlerle, ayrıca sembolik ve öz-değerle

ilişkili olduğunu saptamıştır. Eklund ve ark. (137), psikiyatrik engeli olan bireylerin zaman kullanımının genellikle uyku, yemek yeme, kendine bakım ve sessiz rekreasyon aktiviteleriyle sınırlı olduğunu belirtmiştir. Edgelow, şiddetli ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik Krupa ve arkadaşlarının (138) geliştirdiği 12 haftalık zaman yönetimi müdahalesinin etkinliğini randomize kontrollü bir çalışma protokolü ile incelemiş ve müdahale grubunun zaman kullanımında uyku süresinin azaldığını ve genel aktivite süresinin arttığını, ancak aktivite katılımında müdahale grubuyla kontrol grubunun arasında müdahale sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir (139). Hayes ve arkadaşlarının şizofrenili bireyleri sosyal beceri eğitimi ve münazaraya dayalı genel grup müdahalesi olarak iki gruba ayırdıkları randomize kontrollü çalışmasında bireylerin zaman kullanımını zamanın geçirildiği yer ve kişi açısından ölçmüşler ve müdahale sonrası değerlendirmede sosyal beceri eğitimi alan bireylerin kontrol grubuna göre, evde geçirdikleri sürenin azalıp dışarıda geçirdikleri sürenin arttığını belirtmişlerdir (140).

Literatürde şizofrenili bireylerde zaman kullanımına yönelik çok sayıda araştırma bulunmakla birlikte, zaman kullanımına yönelik müdahale çalışmaları sınırlı sayıdadır. Araştırmamızda, zaman kullanımı sekiz aktivite alanına ayrılan süre açısından değerlendirilmiş olup aktivitelere ayrılan süre yer ve birlikte yapılan kişi açısından incelenmemiştir. Yaşam becerileri eğitimi alan şizofrenili bireylerin dinlenme ve uyku ile geçirdikleri zamanı azaltarak yardımcı günlük yaşam aktivitelerine daha fazla zaman ayırdıkları görülmüştür. Oluşturulan yaşam becerileri eğitiminin doğrudan zaman kullanımına odaklı olmamasına karşın, aktivite katılımının cesaretlendirilmesi ve motivasyonun artırılması ile uyku süresinin azaldığı diğer aktivitelere katılımın desteklendiği görülmüştür. Şizofrenili bireylerin uykuda geçirdikleri aşırı zamanın normal süreye getirilmesi ile aktivite katılımının desteklenebileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofrenili bireylerde yaşam becerileri eğitiminin işlevsellik üzerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmamızda aşağıdaki sonuç ve önerilere ulaşılmıştır.

1. Vona du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli ile değerlendirilen birey merkezli yaşam becerileri eğitimi, şizofrenili bireylerin motivasyon seviyelerini artırmaktadır.
2. Birey merkezli yaşam becerileri eğitimi hastaneden topluma geçiş sürecindeki şizofrenili bireylerde negatif belirtileri ve hastalık şiddetini azaltmakta ve genel psikopatoloji üzerinde olumlu etki oluşturmaktadır.
3. Kronik şizofrenili bireylerde birey merkezli yaşam becerileri eğitimi, temel ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı artırmaktadır. Kronik dönemdeki şizofrenili bireylerde yardımcı günlük yaşam aktivitelerinin yanı sıra temel günlük yaşam aktivitelerine de yönelen yaşam becerileri eğitimlerine yer verilmelidir.
4. Şizofrenili bireylerde birey merkezli yaşam becerileri eğitimi, sosyal, mesleki ve genel işlevsellik düzeyini artırmaktadır. Bununla birlikte, mesleki işlevselliğin daha kapsamlı değerlendirildiği, uzun süreli mesleki rehabilitasyon müdahalelerine ihtiyaç duyulmaktadır.
5. Şizofrenili bireylerde yaşam becerileri eğitimi, aktivite katılımını artırarak uyku ve dinlenme ile geçirilen süreyi azaltmaktadır. Zamanlarının çoğunu uyku ile geçiren bu bireylerin aktivite katılımının desteklenmesi önem taşımaktadır.

Sonuç olarak; şizofrenili bireylerin işlevselliğini artırmaya yönelik ergoterapi müdahale programı planlayan ergoterapistlerin hastalık şiddeti ve belirtileri, motivasyon seviyeleri, günlük yaşam aktivitelerine katılım, işlevsellik ve zaman kullanımı becerilerini artırmak amacıyla yaşam becerilerine odaklanmaları ve uzun süreli takip çalışmalarıyla edinilen işlevselliği koruma ve sürdürülme düzeyini inceleyen çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Andreasen NC. Concept of schizophrenia: past, present, and future. *Schizophrenia*. 2010;1-8.
2. Öztürk MO, Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015.
3. Buchain PC, Vizotto ADB, Neto JH, Elkis H: Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003, 25: 26-30.
4. Bejerholm U, Eklund M. Engagement in occupations among men and women with schizophrenia. *Occupational Therapy International*. 2006;13(2):100-21.
5. Nicol M, Robertson L, Connaughton J. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2000(2):CD000381-CD.
6. Mairs H, Bradshaw T. Life skills training in schizophrenia. *British Journal of Occupational Therapy*. 2004;67(5):217-24.
7. Sherwood W. An introduction to the Vona du Toit model of creative ability. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*. 2011(14):12.
8. Du Plessis R. Factors influencing the creative participation of people living in an inner city [PhD thesis]: University of Pretoria; 2013.
9. Casteleijn D, Graham M. Domains for occupational therapy outcomes in mental health practices. *South African Journal of Occupational Therapy*. 2012;42(1):26-34.
10. Casteleijn D, de Vos H. The model of creative ability in vocational rehabilitation. *Work*. 2007;29(1):55-61.
11. World Health Organization. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. 2004.
12. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 2015;14(2):231-3.
13. Marquez PV, Saxena S, editors. *Making mental health a global priority. Cerebrum: the Dana forum on brain science: Dana Foundation*; 2016.
14. World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: WHO; 2013.
15. Kyziridis TC. Notes on the history of schizophrenia. *German Journal of Psychiatry*. 2005;8(3):42-8.
16. Marcsisin MJ, Rosenstock JB, Gannon JM. *Schizophrenia and Related Disorders*. Oxford University Press; 2016.
17. Lavretsky H. History of schizophrenia as a psychiatric disorder. *Clinical handbook of schizophrenia*. 2008:1.

18. Kennefick LM. The History of Schizophrenia: Denotation or Connotation? *Sound Neuroscience: An Undergraduate Neuroscience Journal*. 2013;1(1):13.
19. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını; 1993.
20. Sampogna G. ICD-11-Draft diagnostic guidelines for mental disorders: a report for WPA Membership. *Psychiatr Pol*. 2017;51:397-406.
21. Luciano, M. CD 11. Bölüm Ruhsal Bozukluklar: WPA (Dünya Psikiyatri Birliği) Üyeleri İçin Güncelleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2017;28(2):142-146.
22. Gaebel W, Zielasek J, Falkai P. Psychotic disorders in ICD-11. *Die Psychiatrie*. 2015;12:71-6.
23. Köroğlu E. DSM-5 Tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013.
24. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
25. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, McGrath JJ, Whiteford HA. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia bulletin*. 2018.
26. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of general psychiatry*. 2007;64(10):1123-31.
27. Janoutová J, Janáčková P, Šerý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalová M, et al. Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters*. 2016;37(1):1-8.
28. Warner R, de Girolamo G. *Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems: Schizophrenia*. Geneva: World Health Organisation; 1995.
29. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*. 2005;2(5):e141.
30. Esan OB, Ojagbemi A, Gureje O. Epidemiology of schizophrenia—An update with a focus on developing countries. *International Review of Psychiatry*. 2012;24(5):387-92.
31. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(1):40-52.
32. Altamura C, Fagiolini A, Galderisi S, Rocca P, Rossi A. Schizophrenia today: epidemiology, diagnosis, course and models of care. *Journal of Psychopathology*. 2014;20:223-43.

33. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(3):250-8.
34. Brown AS, Lau FS. A Review of the Epidemiology of Schizophrenia. *Handbook of Behavioral Neuroscience*. 23: Elsevier; 2016. p. 17-30.
35. Ayano G. Schizophrenia: A Concise overview of etiology epidemiology diagnosis and management: Review of literatures. *J Schizophrenia Research*. 2016;3(2):2-7.
36. Essali A. Advances in understanding the etiology of schizophrenia. *Arab Journal of Psychiatry*. 2017 May 1;28(1):52-8.
37. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *The Lancet*. 388(10039):86-97.
38. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *The Lancet*. 2014;383(9929):1677-87.
39. Rubeša G, Gudelj L, Kubinska N. Etiology of schizophrenia and therapeutic options. *Psychiatria Danubina*. 2011;23(3.):308-15.
40. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Comprehensive textbook of psychiatry 7th ed*. Philadelphia: Williams and wilkins; 2000.
41. Walker E, Kestler L, Bollini A, Hochman KM. Schizophrenia: etiology and course. *Annu. Rev. Psychol.*. 2004;55:401-30.
42. Karlsgodt KH, Sun D, Cannon TD. Structural and functional brain abnormalities in schizophrenia. *Current directions in psychological science*. 2010;19(4):226-31.
43. Brown GG, Thompson WK. Functional brain imaging in schizophrenia: selected results and methods. *Behavioral neurobiology of schizophrenia and its treatment*. Berlin: Springer; 2010.
44. Stahl SM, Schwartz TL. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Case Studies*. Cambridge University Press; 2016.
45. Arango C, Carpenter WT. The schizophrenia construct: symptomatic presentation. *Schizophrenia, Third Edition*. 2011:09-23.
46. Häfner H. The concept of schizophrenia: From unity to diversity. *Advances in Psychiatry*. 2014.
47. Marcsisin MJ, Rosenstock JB, Gannon JM. *Schizophrenia and Related Disorders*. Oxford University Press; 2016.
48. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia research*. 2009;110(1):1-23.
49. Barbato A, WHO Nations for Mental Health Initiative, World Health Organization. *Schizophrenia and public health*. 1997.
50. Rangaswamy T, Greeshma M. Course and outcome of schizophrenia. *International Review of Psychiatry*. 2012;24(5):417-22.

51. Häfner H, Der Heiden WA. Course and outcome. *Clinical handbook of schizophrenia*. 2008:100.
52. Fatani BZ, Aldawod R, Alhawaj FA, Alsadah S, Slais FR, Alyaseen EN, Ghamri AS, Banjar J. Schizophrenia: Etiology, Pathophysiology and Management-A Review. *Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 2017;69(6).
53. Kane JM, Correll CU. Pharmacologic treatment of schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2010;12(3):345-357.
54. Hunter R. Treatment of Schizophrenia in the 21st Century: Towards a more personalised approach. *Schizophrenia in the 21st century*. InTech; 2012.
55. Bruijnzeel D, Suryadevara U, Tandon R. Antipsychotic treatment of schizophrenia: an update. *Asian journal of psychiatry*. 2014;11:3-7.
56. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. In: Kaplan and Sadock's *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2014.
57. Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB. Cognitive behavior therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 2012;38(5):908-10.
58. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:465-97.
59. Corrigan PW. Recovery from schizophrenia and the role of evidence-based psychosocial interventions. *Expert review of neurotherapeutics*. 2006;6(7):993-1004.
60. Daremo Å. Participation in occupational therapy in psychiatric care [PhD thesis]: Linköping University Electronic Press; 2010.
61. Burson KA, Cynthia Barrows MS, Cathy Clark MS, Jamie Geraci MS, Lisa Mahaffey MS. Specialized knowledge and skills in mental health promotion, prevention, and intervention in occupational therapy practice. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2010;64(6):S30.
62. Meyer A. (1977). The Philosophy of Occupation Therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, Vol 31(20):639-642. (Reprinted from the *Archives of Occupational Therapy*, Vol 1, pages 1-10, 1922).
63. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*. 1993;16(4):11.
64. Bond GR, Salyers MP, Rollins AL, Rapp CA, Zipple AM. How evidence-based practices contribute to community integration. *Community mental health journal*. 2004;40(6):569-88.
65. Gibson RW, D'Amico M, Jaffe L, Arbesman M. Occupational therapy interventions for recovery in the areas of community integration and normative life roles for

- adults with serious mental illness: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2011;65(3):247-56.
66. Clark GF, Radomski MV, Ruth Ramsey M, Carol Siebert M, Kristi Voelkerding B, Aird L, et al. Guidelines for supervision, roles, and responsibilities during the delivery of occupational therapy services. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2009;63(6):797
 67. Wilcock, A. *An occupational perspective on health* (2nd ed.). Thorofare: Slack; 2007.
 68. Hogan L-M. How Do Occupational Therapists Work with Cognitive Interventions in Psychiatry and Mental Health? A Systematic Literature Review. 2018.
 69. Crouch R. The Occupational Therapy Approach to the Management of Schizophrenia. *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health* (5th Edition). 2014:435-45.
 70. Mitchell L, Gunaratne E. Occupational therapists as life skills educators: Experiences at the gage transition to independent living program. *Occupational Therapy Now*. 2007;9(3):20
 71. Roberts M. Life skills. In: Creek J, Lougher L, editors. *Occupational Therapy and Mental Health*. 4th ed. London: Elsevier Ltd; 2008. pp. 359-381
 72. World Health Organization. *Partners in Life Skills Education*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health; 1999.
 73. UNICEF. *Life skills-Based Education in South Asia, A Regional Overview Prepared For: The South Asia Life Skills-Based Education Forum*. Paris: The United Nations Children's Fund (UNICEF); 2005.
 74. Abaoğlu H, Cesim ÖB, Kars S, Çelik Z. Life Skills in Occupational Therapy. *Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation*. InTech; 2017.
 75. De Witt P. Creative ability a model for psychiatric occupational therapy. Crouch R. B, Alers, VM, editors. *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health*. 4th ed. London: Whurr Publishers; 2005: 3 - 61.
 76. Du Toit, V. *Patient volition and action in occupational therapy* (3rd ed). Pretoria: The Vona and Marié du Toit Foundation; 2004.
 77. Van der Reyden, D. The South African Model of Creative Participation. At: World Federation of Occupational Therapy (WFOT) congress: Sharing a global perspective. Montreal;1994
 78. Heerden CV. Vocational rehabilitation in the UK: How occupational therapy can contribute. *Advancing Occupational Therapy in Mental Health Practice*. 2014:132-46.
 79. de Bruyn M, Wright J. Joining the Dots: Theoretically Connecting the Vona du Toit Model of Creative Ability (VdTMoCA) with Supported Employment. *South African Journal of Occupational Therapy*. 2017;47(2):49-52.

80. Engelbrecht R, Plastow N, Botha U, Niehaus D, Koen L. The effect of an occupational therapy mental health day treatment centre on the use of inpatient services in the Western Cape, South Africa. *Disability and Rehabilitation*. 2018; 26:1-7.
81. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*,1987;13:399-404.
82. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe uygulamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14:23-32.
83. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology. US Department of Health, and Welfare. 1976:534-7.
84. Pazvantoğlu O, Sarısoy G, Böke Ö, Aker AA, Özturan DD, Ünverdi E. The dimensions of caregiver burden in schizophrenia: The role of patients functionality. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2014;27(1):53-60.
85. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-9
86. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK, et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2015 Nov 1;61(3):344-50.
87. Altın M. Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete [Uzmanlık Tezi]: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2006.
88. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışı vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14(1):19-26.
89. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86.
90. Yardımcı AE. İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri ile İlişkisi [Uzmanlık Tezi]: İstanbul Üniversitesi; 1995.
91. Vittengl JR, White CN, McGovern RJ, Morton BJ. Comparative validity of seven scoring systems for the instrumental activities of daily living scale in rural elders. *Aging & Mental Health*. 2006;10(1):40-7.
92. Rosa AR. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Prac Epidemiol Ment Health*. 2007;3:5.
93. Aydemir Ö, Uykur B. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Bipolar Bozuklukta Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012; 23: 193-200.

- 94.** Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*. 1990;157(6):853-9.
- 95.** Yaprak Erakay S, Gülseren Ş. Şizofreni tanılı hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması. Bahar Sempozyumları VI, Kongre Özet Kitabı. 2002:134-5.
- 96.** Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Ölçekler. Ankara: HYB Basım Yayım; 2009.
- 97.** Escorpizo R, Finger ME, Reneman MF. Integration and application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in return-to-work. Schultz IZ, Gatchel R. *Handbook of Return to Work*. Springer: New York; 2013.
- 98.** Finger ME, Escorpizo R, Bostan C, De Bie R. Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ): development and preliminary psychometric evidence of an ICF-based questionnaire for vocational rehabilitation. *Journal of occupational rehabilitation*. 2014;24(3):498-510.
- 99.** Human Dynamics KG. Engelli Bireylerin İstihdam Edilebilirliğinin Artırılması için Teknik Yardım Projesi İhtiyaç Analizi Raporu Mayıs 2017 [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi: 03.07.2018]. Erişim adresi: <http://hacettepemeslekirehabilitasyon.org.tr/file/IhtiyacAnaliziRaporu.pdf>
- 100.** Huang, H-C. Reliability and Validity of the Chinese Version of the Work Rehabilitation Questionnaire for persons with Schizophrenia [MSc Thesis]: National Taiwan Normal University; 2016.
- 101.** Finger ME, Wicki-Roten V, Leger B, Escorpizo R. Cross-Cultural Adaptation of the Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ) to French: A Valid and Reliable Instrument to Assess Work Functioning. *Journal of occupational rehabilitation*. 2018:1-1.
- 102.** Lawton MP. Methods and concepts for time-budget research on elders. Time use research in the social sciences. Boston: Springer; 2002.
- 103.** Amini DA, Kannenberg K, Bodison S, Chang P, Colaianni D, Goodrich B, et al. Occupational therapy practice framework: Domain & process 3rd edition. *American Journal of Occupational Therapy*. 2014;68:S1-S48.
- 104.** Cordingley K, Pell H. Life Skills. *Creek's Occupational Therapy and Mental Health [E-Book]*. 2014 p. 294.
- 105.** Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon, LB. Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care: a review of the literature. *Schizophrenia bulletin*, 2009;35(4): 696-703.

106. Samsonraj RS, Loughran MF, Secker J. Evaluating outcomes of therapies offered by occupational therapists in adult mental health. *Journal of Mental Health*. 2012;21(6):531-8.
107. Camp AL. The responsiveness and relevance of the activity of the participation outcome measure in patients with traumatic brain injury in an acute neurological rehabilitation setting [PhD Thesis]. Johannesburg: University of the Witwatersrand; 2015.
108. Bahgoo BN. Implementation of mirror therapy for upper limb motor function in stroke survivors on two levels of creative ability [PhD Thesis]. Johannesburg: University of Wits; 2018.
109. Jansen MM. Tailoring the model of creative ability to patients with diabetic foot problems [PhD Thesis]. Hatfield: University of Pretoria; 2008.
110. Silaule O. Routine measurement of outcomes for mental health care users attending occupational therapy [PhD thesis]. Johannesburg: University of the Witwatersrand; 2016.
111. Reddon JR, Pope GA, Dorais S, Pullan MD. Improvement in psychosocial adjustment for psychiatric patients after a 16-week life skills education program. *Journal of clinical psychology*. 1996;52(2):169-72.
112. Tungpunkom P, Nicol M. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008;2: CD000381.
113. Tatsumi E, Yotsumoto K, Nakamae T, Hashimoto T. Effects of occupational therapy on hospitalized chronic schizophrenia patients with severe negative symptoms. *Kobe J Med Sci*. 2011;57(4):E145-54.
114. Foruzandeh N, Parvin N. Occupational therapy for inpatients with chronic schizophrenia: a pilot randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*. 2013;10(1):136-41.
115. Hoshii J, Yotsumoto K, Tatsumi E, Tanaka C, Mori T, Hashimoto T. Subject-chosen activities in occupational therapy for the improvement of psychiatric symptoms of inpatients with chronic schizophrenia: a controlled trial. *Clinical rehabilitation*. 2013;27(7):638-45.
116. Karbalaee-Nouri A, Hosseini A, Hajebi A, Rafii H, Motevalian A. Independent and social living skills training for people with schizophrenia in Iran: A randomized controlled trial. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2015;13(3):84-8.
117. Shimada T, Nishi A, Yoshida T, Tanaka S, Kobayashi M. Development of an individualized occupational therapy programme and its effects on the neurocognition, symptoms and social functioning of patients with schizophrenia. *Occupational therapy international*. 2016;23(4):425-35.
118. Koolae KA, Falsafinejad RM. Effects of Communal Living Skills on Improving Activities of Daily Living of Male Patients with Schizophrenia. *Journal of Schizophrenia Research*. 2014;1(4).

- 119.** Patterson TL, McKibbin C, Taylor M, Goldman S, Davila-Fraga W, Bucardo J, et al. Functional adaptation skills training (FAST): a pilot psychosocial intervention study in middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2003; 11: 17-23.
- 120.** Katz N, Keren N. Effectiveness of occupational goal intervention for clients with schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*. 2011;65(3):287-96.
- 121.** Vizzotto AD, Celestino DL, Buchain PC, Oliveira AM, Oliveira GM, Di Sarno ES, et al. A pilot randomized controlled trial of the Occupational Goal Intervention method for the improvement of executive functioning in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Psychiatry research*. 2016;245:148-56.
- 122.** Yildiz M, Veznedaroglu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: A controlled study in Turkey. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2004;8(4):219-25.
- 123.** Roberts DL, Penn DL. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry research*. 2009;166(2-3):141-7.
- 124.** Li J, Huang YG, Ran MS, Fan Y, Chen W, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Community-based comprehensive intervention for people with schizophrenia in Guangzhou, China: Effects on clinical symptoms, social functioning, internalized stigma and discrimination. *Asian journal of psychiatry*. 2018;34:21-30.
- 125.** Taksal A, Sudhir PM, Janakiprasad KK, Viswanath D, Thirthalli J. 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*. 2016;8(3):214-25.
- 126.** Davis LW, Lysaker PH, Kristeller JL, Salyers MP, Kovach AC, Woller S. Effect of mindfulness on vocational rehabilitation outcomes in stable phase schizophrenia. *Psychological services*. 2015;12(3):303.
- 127.** Glynn SM, Marder SR, Noordsy DL, O'Keefe C, Becker DR, Drake RE, et al. An RCT evaluating the effects of skills training and medication type on work outcomes among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2016;68(3):271-7.
- 128.** Arbesman M, Logsdon DW. Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2011;65(3):238-46.
- 129.** Anzai N, Yoneda S, Kumagai N, Nakamura Y, Ikebuchi E, Liberman RP. Rehab Rounds: Training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. *Psychiatric Services*. 2002;53(5):545-7.
- 130.** Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. *Psychiatric Services*. 1998;49(10):1313-6.

131. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 1998;155(8):1087-91.
132. Patterson TL, Bucardo J, McKibbin CL, Mausbach BT, Moore D, Barrio C, et al. Development and pilot testing of a new psychosocial intervention for older Latinos with chronic psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2005;31(4):922-30.
133. Patterson TL, Mausbach BT, McKibbin C, Goldman S, Bucardo J, Jeste DV. Functional adaptation skills training (FAST): a randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophrenia research*. 2006;86(1-3):291-9.
134. Leufstadius C, Erlandsson LK, Eklund M. Time use and daily activities in people with persistent mental illness. *Occupational Therapy International*. 2006;13(3):123-41.
135. Minato M, Zemke R. Time use of people with schizophrenia living in the community. *Occupational Therapy International*. 2004;11(3):177-91.
136. Eklund M, Erlandsson LK, Leufstadius C. Time use in relation to valued and satisfying occupations among people with persistent mental illness: Exploring occupational balance. *Journal of Occupational Science*. 2010;17(4):231-8.
137. Eklund M, Leufstadius C, Bejerholm U. Time use among people with psychiatric disabilities: Implications for practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2009;32(3):177.
138. Krupa T, Edgelow M, Chen S, Mieras C, Perry A, Radloff-Gabriel D, et al. *Action over inertia*. Kingston, Ontario: Queen's University; 2007.
139. Edgelow M, Krupa T. Randomized controlled pilot study of an occupational time-use intervention for people with serious mental illness. *American Journal of Occupational Therapy*. 2011;65(3):267-76.
140. Hayes RL, Halford WK, Varghese FT. Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy*. 1995;26(3):433-49.

8. EKLER

EK 1 Tez Çalışması ile İlgili Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1580

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 11 EYLÜL 2018 SALI
Toplantı No : 2018/21
Proje No : GO 17/14 (Onay Tarihi: 31.01.2017)
Karar No : GO 17/14-04

Kurulumuzun 31.01.2017 tarihli toplantısında GO 17/14 kayıt numarası ile onaylanmış olan Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Esra AKI'nın sorumlu araştırmacı olduğu, Prof. Dr. Elif Anıl YAĞCIOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Sertaç AK, Dr. Emre MUTLU ile birlikte çalışacakları ve Dr. Fzt. Hatice ABAOĞLU'nun doktora tezi olan "*Şizofrenili Bireylerde Yaşam Becerileri Eğitiminin Kişisel Yönetim, Üretkenlik, Sosyal İşlevsellik ve Serbest Zaman Kullanımı Üzerine Etkisi*" başlıklı proje için vermiş olduğunuz 11.09.2018 tarihli başlık değişikliği dilekçeniz Kurulumuzun 11.09.2018 tarihli toplantısında görüşülmüş ve **uygun bulunmuştur**. Çalışmanın başlığı "*Şizofrenili Bireylerde Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevsellik Üzerine Etkisinin İncelenmesi*" olarak değiştirilmiş ve kayıtlarımıza eklenmiştir.

- | | |
|--|---|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | 10 Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SAĞLAM (Üye) | 12. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| İZİNLİ | 13. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | 14. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ (Üye) |
| İZİNLİ | 15. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZUGU (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| İZİNLİ | 17. Av. Meltem ONURLU (Üye) |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | |
| İZİNLİ | |
| 8. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | |
| 9. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) | |

EK 2 Tez Çalışması Orjinallik Raporu



Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Hatice Abaoğlu
 Ödev başlığı: Şizofrenili Bireylerde Yaşam Beceri...
 Gönderi Başlığı: Şizofrenili Bireylerde Yaşam Beceri...
 Dosya adı: HATI_CE_TZZZ_turnitin2610.docx
 Dosya boyutu: 204.06K
 Sayfa sayısı: 61
 Kelime sayısı: 15,152
 Karakter sayısı: 107,713
 Gönderim Tarihi: 26-Eki-2018 04:06PM (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 1027307802



TEZİN TAM BAŞLIĞI: Şizofrenili Bireylerde Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevsellik Üzerine Etkisinin İncelenmesi
ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI: Hatice Abaoğlu
DOSYANIN TOPLAM SAYFA SAYISI: 61

Eşleşmelere Genel Bakış			
%9			
<			>
1	www.guncelpsikoloji.net İnternet Kaynağı	%1	>
2	eminceylan.com İnternet Kaynağı	%1	>
3	ASLAN, Safiye. "Argüm... Yayın	%1	>
4	ALTUNTAŞ, Onur and B... Yayın	%<1	>
5	onlinemakale.sislietfalt... İnternet Kaynağı	%<1	>
6	katalog.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%<1	>
7	www.turkpsikiyatri.com İnternet Kaynağı	%<1	>
8	ERDOĞAN and , Özge. "... Yayın	%<1	>
9	LUCIANO, Mario. "ICD 1... Yayın	%<1	>

EK 3 Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Müdahale Grubu)

(Terapistin Açıklaması)

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü'nde doktora tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmanın ismi "**Şizofrenili Bireylerde Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevsellik Üzerine Etkisinin İncelenmesi**"dir. Prof. Dr. Esra Akı'nın sorumlu araştırmacı olduğu ve Dr. Fzt Hatice Abaoğlu, Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu, Yrd. Doç. Dr. Sertaç Ak ve Dr. Emre Mutlu'nun araştırma ekibinde yer aldığı bu araştırmanın amacı, Şizofrenili bireylerde kişi merkezli bireysel uygulanacak olan yaşam becerileri eğitiminin kişisel yönetim, üretkenlik, sosyal işlevsellik ve serbest zaman kullanımı üzerine etkisini incelemektir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu tarafından değerlendirileceksiniz ve bulgularınız kaydedilecektir (yaklaşık 40 dk). İlk değerlendirmeden sonra size 8 hafta, haftada 2 gün toplam 16 seans (seans süresi yaklaşık 50 dk) sürecek olan yaşam becerileri eğitimi verilecektir. Eğitimi takiben başlangıçtaki değerlendirmeler yeniden uygulanacaktır. Bu değerlendirmeler ve eğitim müdahalesi sırasında herhangi bir tehlike içeren durumla karşılaşmayacaksınız.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam terapist ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda ya da araştırma ile ilgili herhangi bir soru ya da sorunum olduğunda; herhangi bir saatte Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu'nu 05442849870 no'lu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen terapist

Adı soyadı, unvanı: Hatice Abaoğlu, Dr. Fzt.

Adres: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü

Tel: 05442849870

İmza:

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Kontrol Grubu)

(Terapistin Açıklaması)

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü'nde doktora tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmanın ismi "**Şizofrenili Bireylerde Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevsellik Üzerine Etkisinin incelenmesi**"dir. Prof. Dr. Esra Akı'nın sorumlu araştırmacı olduğu ve Dr. Fzt Hatice Abaoğlu, Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu, Yrd. Doç. Dr. Sertaç Ak ve Dr. Emre Mutlu'nun araştırma ekibinde yer aldığı bu araştırmanın amacı, Şizofrenili bireylerde kişi merkezli bireysel uygulanacak olan yaşam becerileri eğitiminin kişisel yönetim, üretkenlik, sosyal işlevsellik ve serbest zaman kullanımı üzerine etkisini incelemektir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu tarafından değerlendirileceksiniz ve bulgularınız kaydedilecektir (yaklaşık 40 dk). İlk değerlendirmeden sonra size tek seans ergoterapi bakış açısıyla genel bilgilendirme eğitimi verilecektir. 8 hafta sürenin sonunda başlangıçtaki değerlendirmeler yeniden uygulanacaktır. Bu değerlendirmeler ve eğitim sırasında herhangi bir tehlike içeren durumla karşılaşmayacaksınız.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam terapist ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda ya da araştırma ile ilgili herhangi bir soru ya da sorunum olduğunda; herhangi bir saatte Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu'nu 05442849870 no'lu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen terapist

Adı soyadı, unvanı: Hatice Abaoğlu, Dr. Fzt.

Adres: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü

Tel: 05442849870

İmza:

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
(Vasi ya da Veli Formu)

(Müdahale Grubu)

(Terapistin Açıklaması)

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü'nde doktora tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmanın ismi "**Şizofrenili Bireylerde Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevsellik Üzerine Etkisinin İncelenmesi**"dir. Prof. Dr. Esra Akı'nın sorumlu araştırmacı olduğu ve Dr. Fzt Hatice Abaoğlu, Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu, Yrd. Doç. Dr. Sertaç Ak ve Dr. Emre Mutlu'nun araştırma ekibinde yer aldığı bu araştırmanın amacı, Şizofrenili bireylerde kişi merkezli bireysel uygulanacak olan yaşam becerileri eğitiminin kişisel yönetim, üretkenlik, sosyal işlevsellik ve serbest zaman kullanımı üzerine etkisini incelemektir.

Bu araştırmaya, vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılıp katılmaması kararını vermekte serbestsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılmasını isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılmasını kabul ederseniz; Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu tarafından değerlendirilecek ve bulguları kaydedilecektir (yaklaşık 40 dk). İlk değerlendirmeden sonra vasi ya da velisi bulunduğunuz kişiye 8 hafta, haftada 2 gün toplam 16 seans (seans süresi yaklaşık 50 dk) sürecek olan yaşam becerileri eğitimi verilecektir. Eğitimi takiben başlangıçtaki değerlendirmeler yeniden uygulanacaktır. Bu değerlendirmeler ve eğitim müdahalesi sırasında herhangi bir tehlike içeren durumla karşılaşmayacaksınız.

Bu çalışmaya, vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılması için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

Bu tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler ya da etik kurullarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya, vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılmasını reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde vasi ya da velisi bulunduğunuz kişiye uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Veli ya da Vasinin Beyanı)

Sayın Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında vasi ya da velisi bulunduğum kişinin kişisel bilgilerinin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Uygulama sırasında herhangi bir sebep göstermeden vasi ya da velisi bulunduğum kişi için verdiğim bu oluru geri çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında herhangi bir sorun ile karşılaştığımda ya da araştırma ile ilgili herhangi bir soru ya da sorunun olduğunda; herhangi bir saatte Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu'nu 05442849870 no'lu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğum kişinin katılmasını onaylamak zorunda değilim. Araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğum kişinin katılmasını onaylamam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer vasi ya da velisi bulunduğum kişinin katılmasını reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde, vasi ya da velisi bulunduğum kişinin "katılımcı" olarak yer alabilmesi kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Hastanın yasal temsilcisi (veli ya da vasi);

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen terapist

Adı soyadı, unvanı: Hatice Abaoğlu, Dr. Fzt.

Adres: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü

Tel: 05442849870

İmza:

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU
(Vasi ya da Veli Formu)

(Kontrol Grubu)

(Terapistin Açıklaması)

Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü'nde doktora tez çalışması olarak planlanmıştır. Araştırmanın ismi "**Şizofrenili Bireylerde Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevsellik Üzerine Etkisi**"dir. Prof. Dr. Esra Akı'nın sorumlu araştırmacı olduğu ve Dr. Fzt Hatice Abaoğlu, Prof. Dr. Elif Anıl Yağcıoğlu, Yrd. Doç. Dr. Sertaç Ak ve Dr. Emre Mutlu'nun araştırma ekibinde yer aldığı bu araştırmanın amacı, Şizofrenili bireylerde kişi merkezli bireysel uygulanacak olan yaşam becerileri eğitiminin kişisel yönetim, üretkenlik, sosyal işlevsellik ve serbest zaman kullanımı üzerine etkisini incelemektir.

Bu araştırmaya, vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılıp katılmaması kararını vermekte serbestsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılmasını isterseniz formu imzalayınız.

Eğer araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılmasını kabul ederseniz; Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu tarafından vasi ya da velisi bulunduğunuz kişi değerlendirilecek ve bulguları kaydedilecektir (yaklaşık 40 dk). İlk değerlendirmeden sonra vasi ya da velisi bulunduğunuz kişi ve size tek seans ergoterapi bakış açısıyla genel bilgilendirme eğitimi verilecektir. 8 hafta sürenin sonunda başlangıçtaki değerlendirmeler yeniden uygulanacaktır. Bu değerlendirmeler ve eğitim sırasında herhangi bir tehlike içeren durumla karşılaşmayacaksınız.

Bu çalışmaya, vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılması için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

Bu tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler ya da etik kurullarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya, vasi ya da velisi bulunduğunuz kişinin katılmasını reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde vasi ya da velisi bulunduğunuz kişiye uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Veli ya da Vasinin Beyanı)

Sayın Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında vasi ya da velisi bulunduğum kişinin kişisel bilgilerinin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Uygulama sırasında herhangi bir sebep göstermeden vasi ya da velisi bulunduğum kişi için verdiğim bu oluru geri çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında herhangi bir sorun ile karşılaştığımda ya da araştırma ile ilgili herhangi bir soru ya da sorunum olduğunda; herhangi bir saatte Dr. Fzt. Hatice Abaoğlu'nu 05442849870 no'lu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğum kişinin katılmasını onaylamak zorunda değilim. Araştırmaya vasi ya da velisi bulunduğum kişinin katılmasını onaylamam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer vasi ya da velisi bulunduğum kişinin katılmasını reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde, vasi ya da velisi bulunduğum kişinin "katılımcı" olarak yer alabilmesi kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Hastanın yasal temsilcisi (veli ya da vasi);

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen terapist

Adı soyadı, unvanı: Hatice Abaoğlu, Dr. Fzt.

Adres: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü

Tel: 05442849870

İmza:

EK 4 VONA DU TOIT YARATICI BECERİLER MODELİ DEĞERLENDİRMESİ

1.DEĞERLENDİRME		Kişisel yönetim	Sosyal beceri	Çalışma becerisi	Serbest zaman kullanımı
Çok az çaba (Tone)	Planlanmamış eylem				
Benlik Farklılaşması	Yapıcı olmayan/ Amaçsız				
	Rastlantısal yapıcı				
Öz Sunum	Keşfedici				
Pasif K.	Deneysel				
Benzetme K.	Benzetme				
Aktif K.	Özgün				
Rekabetçi K.	Ürün merkezli				
Katkı verme	Durum merkezli				
Rekabetçi katkı verme	Toplum merkezli				
Kişisel Yönetim					
Sosyal Beceri					
Çalışma Becerisi					
Serbest Zaman Kullanımı					

EK 5 POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS)

POZİTİF BELİRTİLER		1	2	3	4	5	6	7
P1	Sanrılar							
P2	Düşünce dağınıklığı							
P3	Varsanılar							
P4	Taşkınlık							
P5	Büyüklik duyguları							
P6	Şüphencilik ve kötülük görme							
P7	Düşmanca tutum							
POZİTİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI								
NEGATİF BELİRTİLER		1	2	3	4	5	6	7
N1	Duygulanımda küntleşme							
N2	Duygusal içe çekilme							
N3	İlişki kurmada güçlük							
N4	Pasif biçimde kendini toplumdandan çekme							
N5	Soyut düşünme güçlüğü							
N6	Konuşmanın kendiliğinden ve akıcılığının kaybı							
N7	Sterotipik düşünme							
NEGATİF BELİRTİLER TOPLAM PUANI								
GENEL PSİKOPATOLOJİ		1	2	3	4	5	6	7
G1	Bedensel kaygı							
G2	Anksiyete							
G3	Suçluluk duyguları							
G4	Gerginlik							
G5	Manyerizm							
G6	Depresyon							
G7	Motor yavaşlama							
G8	İşbirliği kuramama							
G9	Olağandışı düşünce içeriği							
G10	Yönelim bozukluğu							
G11	Dikkat azalması							
G12	Yargılama ve içgörü eksikliği							
G13	İrade bozukluğu							
G14	Dürtü kontrolsüzlüğü							
G15	Zihinsel aşırı uğraş							
G16	Aktif biçimde sosyal kaçınma							
GENEL PSİKOPATOLOJİ TOPLAM PUANI								
PANSS GENEL TOPLAM PUANI								

EK 6 KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

HASTALIK ŞİDDETİ

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

EK 7 KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDE BAĞIMSIZLIK İNDEKSİ

AKTİVİTELER Puanlar (1 ya da 0)	BAĞIMSIZLIK (1 puan) Hiç gözetim, yönlendirme ve kişisel yardım	BAĞIMLILIK (0 puan) Gözetim, yönlendirme ve kişisel yardım veya tam bakım İLE
BANYO YAPMAK	Kendini tamamen yıkar veya sırt, genital bölge veya etkilenmiş uzuv gibi vücut bölümlerinin yalnızca birini yıkarken yardıma ihtiyaç duyar.	Vücudun birden fazla bölümünü yıkamak için, duşa girmek için veya çıkmak için yardım alır. Tamamen yıkanması gerekir.
GIYİNME	Giysileri dolap ve çekmecedan alır ve giyer ve üst giysilerini ilikler/kopçalar. Ayakkabı bağlamakda yardıma ihtiyaç duyabilir.	Giyinmede yardıma ihtiyacı vardır ya da tamamıyla giydirilmeye ihtiyaç duyar.
TUVALET	Tuvalete gider, giysilerini çıkartır, giyer ve düzeltir, genital bölge temizliğini yardımsız yapar.	Tuvalete gidip gelmede, kendini temizlemede yardıma ihtiyaç duyar ya da sürgü/lazımlık sandalyesi kullanır.
TRANSFER	Yatağa ve yatak dışına ve sandalyeye geçişte yardımsız olarak hareket eder. Mekanik transfer yardımcıları kabul edilebilir.	Yataktan sandalyeye geçişte yardım gerek veya tam transfer gerektirir.
TUVALET KONTROLÜ	İdrar ve gaita kontrolünü tam olarak yerine getirir.	Kısmi veya total olarak mesane ve basrak inkontinansı 0 puandır.
BESLENMEK	Yemeği tabaktan ağızına yardımsız götürür. Yemeğin hazırlanması başkası tarafından yapılmış olabilir.	Beslenme için kısmi veya total yardım gerekir ya da damardan beslenir.
Toplam Puan: 6= Yüksek (Hasta Bağımsız) 0= Düşük (Hasta çok bağımlı)		

EK 8 LAWTON-BRODY YARDIMCI GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ SKALASI

AKTİVİTELER	BAĞIMLI	KİSMİ BAĞIMLI	BAĞIMSIZ
Telefon kullanma	(1)	(2)	(3)
Alışveriş	(1)	(2)	(3)
Yemek Hazırlama	(1)	(2)	(3)
Ev İşleri	(1)	(2)	(3)
Çamaşır yıkama	(1)	(2)	(3)
Ulaşım	(1)	(2)	(3)
Kendi ilaçlarının sorumluluğunu alma	(1)	(2)	(3)
Para idare etme becerisi	(1)	(2)	(3)
TOPLAM PUAN			

EK 9 KISA İŞLEVSELLİK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında, hasta ne düzeyde zorluk yaşamaktadır? Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin: (0): hiç zorlanma yok (1): çok az zorlanma, (2): orta derecede zorlanma, (3): aşırı derecede zorlanma

ÖZERKLİK				
1. Evde sorumluluk üstlenme	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Kendi başına yaşayabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Alışveriş yapabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Kendine bakabilme (bedensel bakım, kişisel temizlik)	(0)	(1)	(2)	(3)
MESLEKİ İŞLEVSELLİK				
5. Maaşlı bir işte çalışabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Verilen görevleri gerektiği kadar çabuk yerine	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
8. Mesleki kazanımlar elde etme	(0)	(1)	(2)	(3)
9. Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK				
10. Bir kitaba veya filme kendini verebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
11. Akıldan hesap yapabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
12. Bir problemi hakkıyla çözebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
13. Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
14. Yeni bilgiler öğrenebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
MALİ KONULAR				
15. Kendi parasını idare edebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
16. Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER				
17. Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
18. Sosyal faaliyetlere katılabilmeye	(0)	(1)	(2)	(3)
19. Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
20. Ailesiyle birlikte yaşama	(0)	(1)	(2)	(3)
21. Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması	(0)	(1)	(2)	(3)
22. İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
SERBEST ZAMAN ETKİNLİKLERİ				
23. Egzersiz veya spor yapma	(0)	(1)	(2)	(3)
24. Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma	(0)	(1)	(2)	(3)

EK 10 SOSYAL İŞLEVSELLİK ÖLÇEĞİ**Hasta Formu****İSİM:** _____

Bu ölçek hastalanmanızdan buyana nedurumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır.

Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

1. Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

	Ç	KAI	ÖSE	BZD	B-y	B-p	i/M
Ham puan							
Dönüştürülmüş puan							

SOSYAL UĞRAŞI/SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama _____

Hafta sonu ortalama _____
(eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz? örn.

odada tek başına,

tek başına dolaşarak,

radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az

3-6 Zamanın bir kısmı

6-9 Zamanın önemli bir kısmı

9-12 Zamanın büyük bir kısmı

12 Hemen hemen zamanın hepsi

3. Evden ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz? Hemen

hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

4. Evden ne sıklıkla çıkıyorsunuz? (herhangi bir nedenle) Hemen

hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

Onlardan kaçınma

Huzursuz olma

Onları kabul etme

Onlardan hoşlanma



KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var?
(düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)
 2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz) Evet/Hayır
 3. Anlamalı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyorsunuz? Lütfen kutuyu işaretleyiniz

Hemen hemen hiç	<input type="checkbox"/>
Nadiren	<input type="checkbox"/>
Bazen	<input type="checkbox"/>
Sık sık	<input type="checkbox"/>
 4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

Çok kolay	<input type="checkbox"/>
Oldukça kolay	<input type="checkbox"/>
Orta	<input type="checkbox"/>
Oldukça zor	<input type="checkbox"/>
Çok zor	<input type="checkbox"/>
-
-

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro/konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme (örneğin futbol)				
Sanat galerisi/müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma vb.				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü/sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp/dernek				
Kahve/cafeler'e gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				
Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma vb.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev vb.)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma/bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları vb.)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümleri işaretleyiniz:

	Yeterli	Yardıma gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkama, düzenli olma vb.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ - PERFORMANS

Lütfen aşağıdaki her birini sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme vb.				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma vb.				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				
Para harcama				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ/MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil) Evet/Hayır

(altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE:

Ne tür bir iş? _____

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? _____

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz? _____

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştınız? _____

Ne tür bir işti? _____

Haftada kaç saat çalışırdınız? _____

Özürlü olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi?

EVET/HAYIR

(altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz?

EVET/HAYIR

(altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyormusunuz?

*

Kesinlikle evet/Zorlanırım/Kesinlikle hayır

Nesıklıkla yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilânlarına bakma)

*

Hemen hemen hiç/nadiren/bazen/sık sık

EK 11 MESLEKİ REHABİLİTASYON ANKETİ

.1.



Mesleki Rehabilitasyon Anketi

Öz-bildirimli

Tarih

Gün Ay Yıl

Ad Soyad

Hasta Numarası (varsa): _____

*Mesleki Rehabilitasyon Anketi (MRA), mesleki rehabilitasyon alan kişilerin sağlık durumlarından dolayı sahip olabilecekleri işlevsel problemlerin büyüklüğünün daha iyi anlaşılması için geliştirilmiş bir ankettir. MRA'nın 1. bölümü sosyodemografik ve genel bilgileri sorgulayacaktır. 2. bölümde işlevselliğiniz ile ilgili bir dizi soru sorulacaktır. 2. bölümü cevaplarırken **geçtiğimiz haftayı** düşününüz, hem iyi hem de kötü günlerinizi ve genel olarak geçtiğimiz haftaki problemlerinizin büyüklüğünü göz önüne alınız.*

BÖLÜM 1: SOSYODEMOGRAFİK VE GENEL BİLGİLER

1. Yaş (yıl) _____ yıl
2. Cinsiyet Kadın Erkek
3. Medeni Durum hiç evlenmemiş evli ayrılmış boşanmış dul nikahsız/beraber yaşayan
4. Hangisi mevcut çalışma durumunuzu ya da eğer şu anda çalışmıyorsanız son iş durumunuzu en iyi açıklar?
 Maaşlı çalışan Kendi işinde çalışan Gönüllü olarak ücretsiz çalışan
 Öğrenci ya da eğitim gören Ev kadını Emekli Geçerli değil
5. Aşağıdakilerden hangisi mevcut çalışma durumunuzu en iyi şekilde açıklar?
 a) Şu anda çalışıyorsanız; Tam zamanlı Yan Zamanlı Değiştirilmiş veya hafifletilmiş görev
 Veya şu anda çalışmıyorsanız, Sağlık durumum nedeniyle çalışmıyorum
 Devam eden mesleki rehabilitasyon nedeniyle çalışmıyorum
 Diğer nedenlerden dolayı çalışmıyorum: Lütfen belirtiniz
 b) Şu anda çalışmıyorsanız, ne zamandan beri işsizsiniz?
 _____ Gün _____ Ay _____ Yıl
6. Şu anki mesleki rehabilitasyon programınızı düşündüğünüzde size uygun olanların tümünü işaretleyiniz.
 Mesleki eğitim aktivitelerine katılıyorum, örneğin bir iş için bilgi ve beceri kazanma, okul eğitimi dahil
 İstihdam için hazırlık ile ilgili programlara katılıyorum, örneğin çıraklık ya da stajyerlik
 Mevcut işimi korumaya veya sürdürmeye yönelik aktivitelere katılıyorum
 Yeni bir iş arıyorum
7. Tamamladığınız en yüksek eğitim düzeyi nedir?
 Resmi bir eğitim almamış İlkokulu bitirememiş İlkokul Ortaokul/Lise
 Yüksekokul/Üniversite Lisansüstü Derecesi
8. Mevcut işiniz ya da uzmanlık alanınız nedir? Eğer şu anda çalışmıyorsanız en son çalıştığınız iş ya da uzmanlık alanı neydi (iş unvanı)?

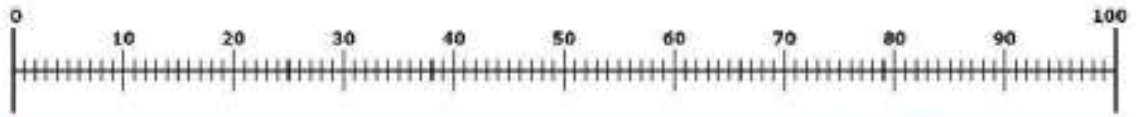
9. Göreviniz ne tür bir işletme, endüstri ya da hizmet içinde yer almaktadır (almaktaydı)?
(ör. karton kutu imalatı, yol bakımı, perakende ayakkabı mağazası, ortaokul, mandıra çiftliği, belediye idari teşkilatı)
10. Ne tür bir iş yapıyorsunuz (ya da yapıyordunuz)?
(ör. kamyon süme, makine operatörü, dilekçe yazma, telefon operatörü)
11. Eğer iş değiştirmeyi planlıyorsanız, gelecekte hedeflediğiniz iş nedir? Geçerli değil
12. Tıbbi tedavi ya da rehabilitasyon hizmeti alıyor musunuz? Evet Hayır Geçerli değil
(ör. hekim, terapist vb. ile)?
Evet ise lütfen belirtiniz:
13. Mevcut kısıtlılıklarınız var mı? Evet Hayır Geçerli değil
(ör. yük kaldırmanın 5 kg ile sınırlı olması, bacağınıza ya da kolunuza ağırlık aktarma kısıtlılığı)
Evet ise lütfen belirtiniz:
14. Şu anda ne tür bir mesleki rehabilitasyon hizmeti alıyorsunuz? (bildiklerinizin hepsini listeleyin)
(ör. fiziksel eğitim, bilişsel eğitim, olgu yönetimi, mesleki eğitim, işyeri adaptasyonu, iş değerlendirmesi vb.)
Hizmetler:
15. Mevcut durumunuzda, ailenizden ihtiyacınız olan desteği alıyor musunuz? Evet Hayır Geçerli değil
Evet ise lütfen ne tür bir destek aldığınızı belirtiniz:
16. Eğer çalışıyorsanız, yöneticinizden ya da patronunuzdan ihtiyacınız olan desteği alıyor musunuz? Evet Hayır Geçerli değil
Evet ise lütfen ne tür bir destek aldığınızı belirtiniz:
17. Mevcut mesleki rehabilitasyon programınızın dışında, uygun iş bulmak için ya da farklı iş aramak için kamu ya da özel iş bulma kurumlarından ihtiyacınız olan desteği alıyor musunuz? Evet Hayır Geçerli değil
Evet ise lütfen ne tür bir destek aldığınızı belirtiniz:

BÖLÜM 2: ANA KISIM

Aşağıdaki ölçeğe göre geçtiğimiz hafta içindeki problemlerinizin boyutunu her soru için 0=problem yok 100=tam problem olacak şekilde derecelendiriniz. Probleminizi 0'dan100'e kadar herhangi bir sayı kullanarak derecelendirebilirsiniz. Verdiğiniz sayı yükseldikçe o soru için daha fazla problem yaşadığınız anlamına gelir. Sorunun nasıl cevaplanacağını hatırlamak isterseniz 0-100 ölçeğine tekrar bakabilirsiniz. Sorunun size uymadığını düşünürseniz, en sağ kolondaki "Geçerli Değil" seçeneğini işaretleyebilirsiniz. Lütfen tüm sorular mümkün olduğunca doğru ve tam olarak cevaplayınız. Cevaplarınızın, bir fonksiyonu ya da bir aktiviteyi herhangi birinden ya da herhangi bir yardımcı cihazdan yardım almadan gerçekleştirme yeteneğinizi yansıttığından emin olunuz.

Problem Yok

Tam problem



Genel olarak geçen hafta aşağıdakilerle ne ölçüde probleminiz oldu?	Problem Yok Tam Problem 0...100	Geçerli Değil
1. Gün içinde ferah ve dinlenmiş hissetmeme problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Uyku problemi, örneğin uykuya dalma, gece boyu sık uyanma ya da sabah çok erken kalkma	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Önemli şeyleri yapmayı hatırlama problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Üzgün ya da depresif hissettiğiniz için her zamanaki günlük aktivitelerinizi gerçekleştirme problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5. Endişeli ya da kaygılı hissettiğiniz için her zamanaki günlük aktivitelerinizi gerçekleştirme problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6. Huzursuzluk	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ötke	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
8. Özgüven problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
9. Net düşünme sorunu	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
10. Günlük problemleri değerlendirme ve çözüm bulma sorunu	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
11. Duyuma problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
12. Belirli bir pozisyonda sabit dururken veya hareket sırasında dengeyi sağlama sorunu	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vücutta acı ve ağrı olması	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fiziksel aktiviteleri gerçekleştirirken genel dayanıklılıkla ilgili sorunlar	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kas gücü sorunu	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cilt problemleri, örneğin çatlamış deri, üşenler, yatak yaralan veya deri incilmesi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
17. Yeni bir işi öğrenme problemi (ör. yeni bir oyun öğrenme, bilgisayar kullanmayı öğrenme, bir aleti kullanmayı öğrenme, vb.)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
18. Belirli bir işe odaklanma ya da mesela görüntü gibi dikkat dağıtılan görmezden gelme problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
19. Okuma problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
20. Katar verme sorunu	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
21. Yatak toplama veya masa ya da iş yerini temizleme gibi tek bir işe başlama ve tamamlama problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Genel olarak geçen hafta aşağıdakilerle ne ölçüde probleminiz oldu?	Problem Yok Tam Problem 0...100	Geçerli Değil
22. Günlük rutinleri veya günlük aktiviteleri gerçekleştirme problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
23. Stresle, krizle veya çatışmayla başa çıkma problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
24. Vücut dilini, mimikleri, sembolleri ve çizimleri anlama problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sohbeti başlatma ve sürdürme problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
26. İletişim araçlarını (telefon, telekomünikasyon cihazları veya bilgisayar gibi) kullanma problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
27. 5 kg'a kadar ağırlığı olan nesnelere kaldırma ve taşıma sorunu	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
28. 5 kg'dan daha ağır olan nesnelere kaldırma ve taşıma sorunu	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
29. Eller, parmakları ve başparmakları kullanarak nesnelere tutma, toplama, kullanma, idare etme ve bırakma gibi ince el becerilerinde sorun	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
30. Kısa mesafe (1 km'den az) yürümeye sorun	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
31. Uzun mesafe (1 km'den fazla) yürümeye sorun	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
32. Etrafta hareket etmede (sürünme, tırmanma ve koşma dahil) sorun	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
33. Yolcu olarak taşıt kullanmada sorun	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
34. Araba veya herhangi bir taşıt sürmede sorun	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
35. Giyinme problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
36. Sağlığınızla özen göstermede (dengekl beslenme, yeterli fiziksel aktivite yapma ve gerektiğinde doktora başvuruma) sorun	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
37. İnsan ilişkilerinde sorun	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
38. Geçiminizi karşılayacak yeterli paraya sahip olma problemi	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

» Gözlük veya kontak lens kullanıyor musunuz? Evet Hayır

Genel olarak geçen hafta aşağıdakilerle ne ölçüde probleminiz oldu?	Problem Yok Tam Problem 0...100	Geçerli Değil
39. Kof boyu mesafesindeki bir nesneyi görme ve tanıma sorunu	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
40. Yolun karşısındaki (yaklaşık 20 metre mesafe) bldüğünüz birini görme ve tanıma sorunu	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Genel olarak geçen hafta aşağıdakiler ne kadar zamanınızı aldı?	Ne kadar saat?	Geçerli Değil
41. Evden çıkmak için sabahları uyanma ve hazırlanma (yıkama, giyinme, kahvaltı yapma)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
42. Tüm hafta boyunca sağlığınız için lazım olan tüm gerekli şeyleri yapma (terapiye gitme, tıbbi görüş alma ya da egzersiz yapma)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

-Son-

Katılımınız için teşekkürler!

¹ Finger M, Escorpizo R, Bostan C, De Bie R. Work Rehabilitation Questionnaire (WRQ): Development and preliminary psychometric evidence of an ICF-based questionnaire for vocational rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2013 Nov 27. [Epub ahead of print].

9. ÖZGEÇMİŞ

1. KİŞİSEL BİLGİLER

ADI, SOYADI:	HATİCE ABAOĞLU
DOĞUM TARİHİ ve YERİ:	01.01.1985 / ANKARA
HALEN GÖREVİ: Araştırma Görevlisi	
İŞ YERİ: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü	
YAZIŞMA ADRESİ: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü Sıhhiye/ Ankara	
TELEFON: 0312-3052560 05442849870	
E-MAIL: haticeabaoglu@hacettepe.edu.tr	

2. EĞİTİM

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Bölümü	Hacettepe Üniversitesi	2002-2006
Y. Lisans	Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Bölümü	Hacettepe Üniversitesi	2006-2009
Doktora1	Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Bölümü	Hacettepe Üniversitesi	2009-2015
Doktora2*	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü	Hacettepe Üniversitesi	2014-2018

3. ÖĞRENİM DURUMU Doktora

3.1.Yüksek Lisans Tezi ve Tez Danışmanı :

Az Gören Yaşlı Bireylerde Hareketlilik İle İlişkili Faktörlerin İncelenmesi.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, ANKARA, 2009.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Esra Akı

3.2. Doktora (1) Tezi ve Tez Danışmanı :

Rehabilitasyonda Aile İşlevselliği Ölçeği'nin Geliştirilmesi.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, ANKARA, 2015.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Esra Akı

Doktora (2) Tezi ve Tez Danışmanı :

Şizofrenili Bireylerde Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevsellik Üzerine Etkisinin İncelenmesi.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı, ANKARA, 2018.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Esra Akı

4. ÇALIŞTIĞI KURUMLAR- GÖREVLER

Kurum Adı	Görev	Yıl	Şehir
Özel Çişem Özel Eğitim Kurumu	Fizyoterapist	Temmuz 2006- Kasım 2007	ANKARA
Özel Bizim Yonca Özel Eğitim Merkezi	Fizyoterapist	Aralık 2007-Eylül 2008	ANKARA
Özel Etik Özel Eğitim Merkezi	Fizyoterapist	Ekim 2008- Eylül 2009	ANKARA
Hacettepe Üniversitesi	Araştırma Görevlisi	Şubat 2014- devam	ANKARA

5. YAYINLAR

5.1 Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & ASSIA & Arts and Humanities)

Öksüz Ç, Alemdaroglu I, Kılınç M, Abaoğlu H, Demirci C, Karahan S, Yılmaz O, Yildirim SA. Reliability and validity of the Turkish version of ABILHAND-Kids' questionnaire in a group of patients with neuromuscular disorders. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2017 Oct 3;33(10):780-7.

5.2 Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceeding) basılan bildiriler

1. Akı, E., Demirhan, H. "The relationship between visual perception and mobility in older people with low vision", 5th Asia Pacific Occupational Therapy Congress, 19-24 November, Chiang Mai, Thailand, 2011. (Sözel sunum)
2. Oksuz, C., Kılınç, M., Alemdaroglu, I., Karahan, S., Demirhan, H., A., Yılmaz, O., Yildirim, S.A.: 'Rasch measurement model to investigate the Turkish version of Abilhand-kids questionnaire in neuromuscular disease', 18th International Congress of The World Muscle Society, California, USA, 1th-5th October 2013, Abstracts / Neuromuscular Disorders 23(9-10): 789, 2013. (SCI) (Poster)
3. Mehr, B.K., Katırcıbaşı, G., Demirhan, H., Akı, H. Relationship Between Visual Memory and Computer and TV Using Time. Uluslararası Katılımlı Ergoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi, 30 Mayıs-1 Haziran, 2013, ANKARA Poster (CINAHL, EXCEPTRA MEDICA)

4. **Abaoglu H.**, Karayazgan S., Agce Z.B., Yaran M., Muezzinoglu Ö., Akel S. 'Does visual perception skill have an effect on functioning in cerebral palsy?', Developmental Medicine & Child Neurology. 2015 May 1;57:5. –(SCI) (Sözel Sunum)
5. **Abaoglu H.**, Karayazgan S, Ağce ZB, Yaran M, Müezzinoğlu Ö, Akel S. Socio-economic status modulates social competence and behavior in children with cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology. 2015 May 1;57:27. (SCI) (Poster)
6. Karayazgan S., Ağce Z.B., Yaran M., Müezzinoğlu Ö., **Abaoglu H.**, Akel B.S. 'Kinesthesia; is it important in upper-limb speed and dexterity in cerebral palsy', Developmental Medicine & Child Neurology. 2015 May 1;57:47. (SCI) (Poster)
7. Ağce ZB, Karayazgan S, Müezzinoğlu Ö, Yaran M, **Abaoglu H.**, Akel S. Effect of wrist correction kinesio taping application on hand span in children with cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology. 2015 May 1;57:30.
8. Agce Z.B., Karayazgan S., Yaran M., Muezzinoglu Ö., **Abaoglu H.**, Akel S.' The factors affecting independence in activities of daily living in cerebral palsy', Developmental Medicine & Child Neurology. 2015 May 1;57:30. (SCI) (Poster)
9. Muezzinoglu Ö., Karayazgan S., Agce Z.B., Yaran M., **Abaoglu H.**, Akel S.' The relation between trunk control and upper extremity functions', Developmental Medicine & Child Neurology. 2015 May 1;57:19-20.– (SCI) (Sözel Sunum)
10. **Abaoglu, H.**, Şahin, S.'Sensory İntegration in Achondroplasia: A single subject design'1st Cotec- Enothe Congress, National University in Galway, İrlanda,15-19 Haziran 2016, Abstracts of the 1st Cotec- Enothe Congress, Poster (Kongre kitapçığı)

11. **Abaoğlu, H.**, Safak, Y., Özdemir, İ., Akı, E., Orsel, S. 'Visual Perceptual Skills and Psychotic Symptoms of Schizophrenia'1st Cotec- Enothe Congress, National University in Galway, İrlanda,15-19 Haziran 2016, Abstracts of the 1st Cotec- Enothe Congress, Poster (Kongre kitapçığı)
12. **Abaoğlu, H.**, Akı, E. 'Developing of the Family Functioning Scale in Rehabilitation' EACD 2016, Stockholm, İsveç , 1-4 Haziran 2016, Abstracts of the 28th Annual Meeting of the European Academy of Childhood Disability, Poster (Kongre kitapçığı)
13. Çolak, F.D., Akyürek, G., **Abaoğlu, H.**, Bumin, G. Üniversite Öğrencilerinde Zaman Yönetimi Becerileri ile İyilik Hali Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. III. International Eurasian Educational Research Congress, 31 Mayıs- 3 Haziran 2016 (Kongre kitapçığı)
14. **Abaoğlu, H.**, Kashefi Mehr, B., Katırcıbaşı, G., Akı, E. Farklı Sosyoekonomik Düzeylerdeki Çocuklarda Görsel Algılama Becerileri, IV. International Eurasian Educational Research Congress, 11-14 Mayıs 2017 (Kongre kitapçığı)
15. **Abaoğlu, H.**, Ekici, G., Akı, E., Kahiloğulları, A., Örsel, S. Vona Du Toit Yaratıcı Beceriler Modeli ile Şizofrenide Ergoterapi Müdahalesi: Vaka Raporu. Engelli Bireylerin İstihdam Edilebilirliğinin Artırılması Projesi Uluslararası Kapanış Kongresi 'Ergoterapi ve Rehabilitasyon', 31 Mayıs, 1-2 Haziran, 2017 Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 5 (3), 2017 (TÜBİTAK ULAKBİM TR Dizin ve Türk Atıf Dizini)
16. **Abaoğlu, H.**, Ekici, G., Akı, E., Kahiloğulları, A., Örsel, S. Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerde Fiziksel Aktivite Düzeyinin İncelenmesi. Engelli Bireylerin İstihdam Edilebilirliğinin Artırılması Projesi Uluslararası Kapanış Kongresi 'Ergoterapi ve Rehabilitasyon' 31 Mayıs, 1-2 Haziran, 2017 Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 5 (3), 2017 (TÜBİTAK ULAKBİM TR Dizin ve Türk Atıf Dizini)

17. **Abaoglu, H.**, Ekici, G., Akı, E. & Karaoğlan Kahiloğulları, A. Bipolar Duygudurum Bozukluğunda Ergoterapi M¼dahalesinin Etkinliği: Vaka Raporu. Uluslararası Mesleki Rehabilitasyon Sempozyumu, 13-14 Nisan, 2017 (Poster Bildiri) Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 5(2), 144. (T¼B¼TAK ULAKB¼M TR Dizin ve T¼rk Atıf Dizini)
18. elik, Z., **Abaoglu, H.**, & Akı, E. Yataklı Psikiyatri Servisinde Ergoterapi Uygulamaları: Olgu Sunumu Uluslararası Mesleki Rehabilitasyon Sempozyumu, 13-14 Nisan, 2017 (Poster Bildiri) Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 5(2), 116. (T¼B¼TAK ULAKB¼M TR Dizin ve T¼rk Atıf Dizini)
19. Yıldırım, G., **Abaoglu, H.**, rsel, S., Kahiloğulları, A. & Akı, E. Şizofrenili Bireylerde retkenlik Becerilerini Artırmaya Yönelik Grup Aktivitesinin Etkinliğinin İncelenmesi. Uluslararası Mesleki Rehabilitasyon Sempozyumu, 13-14 Nisan, 2017 (Poster Bildiri) Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 5(2), 103. (T¼B¼TAK ULAKB¼M TR Dizin ve T¼rk Atıf Dizini)
20. Şahin, S., **Abaoğlu, H.**, Demirok, T., Aran, O.T., YaŐasın, H., Yiğit, A.Y., Ogun, M.F., Aksoy, Y., đ¼tl¼, M., Kayihan, H. A Virtual Reality Based Exercise Design with Proprioceptive Neuromuscular Facilitation, International Congress on Physiotherapy, Bosna Hersek, 9-13 Mayıs, 2018.
21. Demirok, T., **Abaoğlu, H.**, Şahin, S., Aran, O.T., YaŐasın, H., Yiğit, A.Y., Ogun, M.F., Aksoy, Y., đ¼tl¼, M., Kayihan, H. A New Tracking System with Microsoft Kinect in Elderly People: A Pilot Study. International Congress on Physiotherapy, Bosna Hersek, 9-13 Mayıs, 2018.

22. **Abaoğlu, H.**, Şahin, S., Akı, E. El Bileği Spastisitesi ve Fonksiyonel Kullanımında Kinezyolojik Bantlama Uygulamasının Etkisi: Olgu Sunumu. Prof. Dr. Hıfzı Özcan 7. Uluslararası Cerebral Palsy ve Gelişimsel Bozukluklar Kongresi, İstanbul, 23-25 Mayıs 2018.
23. **Abaoğlu, H.**, Çelik, Z., Akı, E. Özel Gereksinimli Çocukların Bakım Verenlerine Yönelik Ergoterapi Müdahalelerinde Kawa (Nehir) Modelinin Rehberliği: Vaka Raporu. 1. Uluslararası Erken Müdahale ve Rehabilitasyon Kongresi, 30 Mart-1 Nisan 2018, Ankara. (Sözel Bildiri). Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2): 70-150.
24. Çelik, Z., Demirok, T., **Abaoğlu, H.**, Akı, E. Az Gören Bir Çocukta Erken Rehabilitasyon: Ergoterapi Süreci. 1. Uluslararası Erken Müdahale ve Rehabilitasyon Kongresi, 30 Mart-1 Nisan 2018, Ankara. (Sözel Bildiri). Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2): 70-150.

5.3 Yazılan uluslar arası kitaplar veya kitaplarda bölümler

1. **Abaoğlu H.**, Cesim ÖB, Kars S, Çelik Z. Life Skills in Occupational Therapy. In Occupational Therapy-Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation Ed. Huri, M. 2017. InTech. (Kitap Bölümü)
2. Kayıhan, H., Huri, M. Akı, E., Altuntaş, O., Şahin, S., **Abaoğlu, H.** & Ekici, G., "Occupational Therapy and Cognitive Behavior Therapy" Cognitive Behavioral Therapy Ed. Kayıhan et al. S.238-242. ISBN: 978-605-67627-0-3, 2017. (Kitap Bölümü)

5.4 Diğer İndeksler Tarafından Taranan Makaleler

1. **Demirhan, H.**, Akı, E. (2012). Az Gören Yaşlı Bireylerde Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesinin Mobilite ile İlişkisi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, 23(1), 36-43. (CINAHL)

2. **Abaoğlu, H.**, Ekici, G., Safak, Y., Akı, E. (2015). Şizofrenili Bireylerde Genel Yorgunluğun Demografik Özellikler, Ruhsal Durum ve Uyku ile İlişkisinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(1), 21-25. (TÜBİTAK ULAKBİM TR Dizin ve Türk Atıf Dizini)
3. Şahin, H. G., Ekici, G., **Abaoğlu, H.**, Akı, E., Karaoğlu, A. (2016). Şizofreni Tanılı Bireylerde Dikkat Eğitiminin Dikkat Seviyesi ve Yardımcı Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 4(3), 167-172. (TÜBİTAK ULAKBİM TR Dizin ve Türk Atıf Dizini)
4. Yıldırım, G., **Abaoğlu, H.**, Kayıhan, H., & Akel, B. S. (2015). Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampüsü Bünyesinde Bulunan Engelli Tuvaletlerinin Uygunluğunun ve Kullanım Durumunun İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 60-73.
5. **Abaoğlu, H.**, & Akı, E. Rehabilitasyon Çalışanlarının Aile İşlevselliğine Yönelik Görüşleri Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 6(1), 17-24. (TÜBİTAK ULAKBİM TR Dizin ve Türk Atıf Dizini)
6. **Abaoğlu, H.**, Kashefi-Mehr, B., Katırcıbaşı, G., & Akı. Visual Perception Skills Among Children of Different Socioeconomic Status. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 6(1), 11-16. (TÜBİTAK ULAKBİM TR Dizin ve Türk Atıf Dizini)
7. Çolak, F. D., Akyürek, G., **Abaoğlu, H.**, & Bumin, G. Üniversite Öğrencilerinde Zaman Yönetimi Becerileri ile İyilik Hali Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 6(1), 43-48. (TÜBİTAK ULAKBİM TR Dizin ve Türk Atıf Dizini)

5.5 Yazılan ulusal kitaplar veya kitaplarda bölümler

1. Kayıhan, H., Huri, M. Akı, E., Altuntaş, O., Şahin, S., Abaoğlu, H. & Ekici, G.,“Bilişsel Davranışçı Terapi ve Ergoterapi” *Bilişsel Davranışçı Terapi* Ed. Kayıhan et al. S.238-242. ISBN: 978-605-030-380-3, Ankara 2017. **(Kitap Bölümü Yazarlığı)**
2. Abaoğlu, H. Aile ve Bakım Veren. Yaşlı Bakım Kitap Seti Yaşlılar İçin Ergoterapi Ed. Kayıhan, H. Hedef CS Basın Yayın: Ankara ISBN 978-605-9877-65-7 **(Kitap Bölümü Yazarlığı)**

5.6 Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

1. **Demirhan H.**, E. Akı, “Az gören yaşlı bireylerde mobilite becerileri ile kognitif fonksiyonlarının incelenmesi”, XIII. Fizyoterapide Gelişmeler Sempozyumu, Hatay Fizyoterapi Rehabilitasyon, 2010;21(3), 235. (CINAHL)
2. Alemdaroğlu, İ., Öksüz, Ç., Kılınç, M., Demirci, C., **Demirhan, H.**, Yılmaz, SA., Yılmaz, OT., Yıldırım, SA., Karaduman, A.:‘Okul çağındaki nöromusküler hastaların biopsikososyal özellikleri’. 3. Ulusal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi, İstanbul. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon,2011;22(2):178. (CINAHL)
3. Yaran M. ,Akel S., Karayazgan S., Ağce Z.B., Müezzinoğlu Ö., **Abaoğlu H.** ‘Spastik serebral palsi’li çocuklarda motor performans ile günlük yaşam aktiviteleri ve fonksiyonel el kullanımı arasındaki ilişkinin belirlenmesi’, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 26, 2, 78 / 2015–(CINAHL, EXCEPTRA MEDICA) (Bildiri)
4. Yaran M. ,Akel S., Karayazgan S., Ağce Z.B., Müezzinoğlu Ö., **Abaoğlu H.** ‘Spastik serebral palsi’li çocuklarda motor performansın günlük yaşam aktiviteleri ve fonksiyonel el

kullanımı arasındaki ilişki', Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 26, 2, 78 / 2015–(CINAHL, EXCEPTRA MEDICA) (Bildiri)

5.7 Diğer Yayınlar

1. **Abaoğlu H.** 'Kanıtla Dayalı Bir Uygulama Olarak Sosyal Beceri Eğitimi' Şizofreni İçin Sosyal Beceri Eğitimi Agresta J, Gingerich S, Mueser KT, Bellack AS Türkçe Ed. Akı E. Bölüm 2, 18-29. Hiper Tıp Yayınevi. İstanbul 2015. **(Kitap Bölümü Çevirisi)**
2. **Abaoğlu H.** 'Sosyal Becerilerin Değerlendirilmesi' Şizofreni İçin Sosyal Beceri Eğitimi Agresta J, Gingerich S, Mueser KT, Bellack AS Türkçe Ed. Akı E. Bölüm 3, 30-45. Hiper Tıp Yayınevi. İstanbul 2015. **(Kitap Bölümü Çevirisi)**
3. **Abaoğlu H.** 'Girişkenlik Becerileri' Şizofreni İçin Sosyal Beceri Eğitimi Agresta J, Gingerich S, Mueser KT, Bellack AS Türkçe Ed. Akı E. s.213-222. Hiper Tıp Yayınevi. İstanbul 2015. **(Kitap Bölümü Çevirisi)**
4. **Abaoğlu, H.** "İyi Bir Terapist Nasıl Tanımlanır?" Yönelimsel İlişki Ergoterapi ve Terapötik İlişki. Taylor, R.R. Türkçe Ed. Akel, S. & Vatan, S. s. 19-44. Hipokrat Kitabevi. Ankara, 2017. **(Kitap Bölümü Çevirisi)**
5. **Abaoğlu, H.** "Danışanlarımızı Tanıma: Kişilerarası Özellikleri Anlama" Yönelimsel İlişki Ergoterapi ve Terapötik İlişki. Taylor, R.R. Türkçe Ed. Akel, S. & Vatan, S. s. 99-116. Hipokrat Kitabevi. Ankara, 2017. **(Kitap Bölümü Çevirisi)**
6. **Abaoğlu, H.** "Sözlük" Yönelimsel İlişki Ergoterapi ve Terapötik İlişki. Taylor, R.R. Türkçe Ed. Akel, S. & Vatan, S. s. 311-320. Hipokrat Kitabevi. Ankara, 2017. **(Kitap Bölümü Çevirisi)**

7. **Abaoğlu, H.** "Aktivite Bağlılığı için İletişim ve Sosyal Beceriler" Çocuklarda Ergoterapi Çocukların Aktivitelerini Anlama ve Katılımı Sağlama. Rodger, S. & Ziviani, J. Türkçe ed. Bumin, G. s. 158-176. Hipokrat Kitabevi. Ankara, 2017. **(Kitap Bölümü Çevirisi)**
8. Engelli Bireylerin İstihdam Edilebilirliğinin Artırılması için Teknik Yardım Projesi İhtiyaç Analizi Raporu Mayıs 2017
9. Abaoğlu, H. "Ruhsal Bozuklukları Olan Bireyler için Ergoterapi Hizmetlerinin Sağlanması" Willard & Spackman's Occupational Therapy. Darzins, S., French, G. & Martin, E. Türkçe ed. Öksüz, Ç. & Akel, S. Pekilan Yayınevi, 2017 . **(Kitap Bölümü Çevirisi-Editör incelemesi aşamasında)**
10. Abaoğlu, H. "Ergoterapi Yönetimi" Willard & Spackman's Occupational Therapy. Darzins, S., French, G. & Martin, E. Türkçe ed. Öksüz, Ç. & Akel, S. Pekilan Yayınevi, 2017 . **(Kitap Bölümü Çevirisi-Editör incelemesi aşamasında)**

8. PROJELER

Engelli Bireylerin İstihdam Edilebilirliğinin Arttırılması İçin Teknik Yardım Projesi, AB Projesi, Proje Yararlanıcısı, 2015-2017

9. HAKEMLİKLER ve DİĞER DERGİ GÖREVLERİ

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi (Teknik Editör)

Perceptual and Motor Skills Journal (Hakemlik)

Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi (Hakemlik)

10. SON İKİ YILDA VERDİĞİ DERSLER

2016-2017 Eğitim Öğretim Yılı Yaz Dönemi ERG327 Psikiyatride Ergoterapi T:2 P:3 K:3
AKTS:4

11. KATILDIĞI DİĞER BİLİMSEL TOPLANTILAR VE KURSLAR

1. Türkiye Cimnastik Federasyonu Pilates Eğitmenliği Eğitimi, 27 Eylül- 2 Ekim 2010, Ankara
2. Kinesio Taping Association Kinesio Taping Basic (KT1-KT2) Course, 17-18 Nisan 2010, İstanbul, Türkiye
3. Introduction to Assessment and Treatment of Cerebral Palsy- The Bobath Concept Course, Türkiye Fizyoterapistler Derneği, 14-16 Mayıs, 2010
4. Brain Tree Training Cognitive Rehabilitation Workshop, 15-16 Ocak 2016, Gatwick/İngiltere.
5. Training in Cognitive Behavioral Therapy (160 hours), Slovak Institut For Training in CBT, 2016
6. Tomatis Practitioner (Level 1) Certificate, Tomatis Development S. A. 4- 8 Eylül 2016.
7. Communication Skills Training, Coachingplus (80 hours), 2016
8. Occupational Therapy Models, Clinical Reasoning with Diverse Clients Groups, Introduction to Occupational Science on Occupational Justice, Occupational Deprivation Imbalance and Alienation with Theoretical and Practical Utility on Special Case Studies, Therapy For All Patients In All Situations (TAPAS), April 28-May 8, 2015
9. The Person-Environment-Occupation (PEO) Model Applied to Employment and Disability. Queen's University School of Rehabilitation Therapy, On November 24th-28th, 2016
10. Training in advanced Cognitive Behavioral Therapy and Biofeedback Techniques and Supervision. Slovak Institut for Training in CBT, 40 hours, 2017
11. How to publish a scientific journal article workshop 26-30 Mayıs 2014, Ankara.

12. Yaratıcı Drama Eğitimliği/Liderliği Programı 1. Aşama (48 saat), Çağdaş Drama Derneği, 26.09.2014-09.01.2015
13. Yaratıcı Drama Eğitimliği/Liderliği Programı II. Aşama (42 saat), Çağdaş Drama Derneği, 26.01.2015-02.02.2015
14. Yaratıcı Drama Eğitimliği/Liderliği Programı III. Aşama (42 saat), Çağdaş Drama Derneği, 29.06.2015-08.07.2015
15. Yaratıcı Drama Eğitimliği/Liderliği Programı IV. Aşama (48 saat), Çağdaş Drama Derneği, 22-29.07.2016
16. Annual Meeting Of European Academy Of Childhood Disability, 27-30 Mayıs 2015, Kopenhag/ Danimarka.
17. Annual Meeting Of European Academy Of Childhood Disability, 1-4 Haziran 2016, Stockholm- İsveç.
18. 1.Cotec Enothe Congress, 15-19 Haziran 2016, Galway- İrlanda
19. UNGASS Bölgesel İstişare Toplantısı, Türkiye YEŐİLAY Cemiyeti, 26-27 Kasım, 2015, İstanbul
20. IV. Gülhane Rıdvan Ege Ortopedi ve Travmatoloji Günleri, Serebral Palsi'de Ayak ve Ayakbileği Sorunları Güncel Yaklaşımlar ve Yeni Gelişmeler Sempozyumu, 23 şubat, 2013, GATA, Ankara
21. I. Ulusal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi, 4-6 Mayıs 2017
22. VII. Ulusal Spor Fizyoterapistleri Kongresi, 7-9 Kasım 2013, Ankara
23. Çocuklarda Habilitasyon Uygulama ve Araştırma Merkezi (ÇUHA) Sempozyumu, 12 Mayıs 2016, Ankara
24. Engelli Bireylerin İstihdam Edilebilirliğinin Artırılması İçin Teknik Yardım Projesi Uluslararası Mesleki Rehabilitasyon Sempozyumu, 13-14 Nisan 2017
25. Engelli Empatisi Semineri TC. MEB Ankara Kazan Fuat Erkmn Anadolu İmamhatip Lisesi, 2014 **(davetli konuşmacı)**
26. Az Gören Geriatrik Bireylerde Mobilite Görme Rehabilitasyonunda Güncel Yaklaşımlar Sempozyumu, 6 Mayıs 2015 **(davetli konuşmacı)**

