



## Şizofreni Hastası Bireylerde Yaşanan Bilişsel Gerilemenin Giderilmesine ve İşlevselliğin Arttırılmasına Ergoterapi Perspektifinden Bakış

### A Perspective of Occupational Therapy at Relieving Cognitive Decline and Increasing Functioning in Individuals with Schizophrenia

Mehmet Üstünkaya<sup>a\*</sup>, Sevda Asqarova<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Ergoterapist, Erzurum Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Erzurum, Türkiye.

<sup>\*</sup> İletişimden sorumlu yazar, E-mail: [mhmt\\_stnky@outlook.com](mailto:mhmt_stnky@outlook.com)

<sup>b</sup> Profesör Doktor, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, İstanbul, Türkiye.

#### ARTICLE INFO

Article History:  
Received: 12.01.2023  
Received in revised form: 18.02.2023  
Accepted: 22.02.2023

Keywords:  
Occupational therapy  
Functionality  
Cognitive decline  
Psychiatry  
Schizophrenia

#### ABSTRACT

Schizophrenia is an important mental disorder characterized by indifference, detachment from the outside world, and cognitive disorders that lead to impaired functionality in one's self-care, parenting, work life, school life, seeking minimal help from others, relationships in one's social life, and leisure time. Cognitive strain and decreased functionality in patients with schizophrenia are among the most frequently reported problems. It is a common view expressed by clinical experts today that there is a clear connection between the diagnosis of mental illness and functioning. The person often does not know how to cope with the problems they experience, and this causes delays in the functional recovery process. In addition, the schizophrenia patient population, whose disability is more than most mental problems, creates a heavy burden for the society they live in and the families they have, financially, morally and in many respects. The family often has difficulties while providing the care of the sick individual, and this difficulty causes the stress level of the family to increase. After being diagnosed with schizophrenia, the person experiences loss of roles, financial losses, social withdrawal, isolating himself from the society, and difficulties in fulfilling daily life activities. In this study, information about the effects of occupational therapy studies applied together with therapeutic approaches as well as pharmacological treatments on cognitive decline and functional deterioration will be shared, taking into account the severity of the diseases of individuals diagnosed with schizophrenia.

#### MAKALE BİLGİLERİ

Makale Geçmişi:  
Geliş Tarihi: 12.01.2023  
Revizyon Tarihi: 18.02.2023  
Kabul Tarihi: 22.02.2023

Anahtar Kelimeler:  
Ergoterapi  
İşlevsellik  
Kognitif gerileme  
Psikiyatri  
Şizofreni

#### ÖZET

Şizofreni, kişinin öz bakımını, ebeveynliğini, iş yaşamını, okul hayatını, başka kişilerin desteğine ihtiyaç duyarak yaşamasını, kişinin sosyal hayatındaki ilişkilerini ve serbest zamanların değerlendirilmesinde işlevselliğin bozulmasına neden olan ruhsal bir bozukluktur. Kişide kayıtsızlık, dış dünyadan kopma ve bilişsel bozulmalarla nitelenen önemli yitimlere neden olur. Şizofreni hastalarında yaşanan kognitif gerileme ve işlevsellikteki azalma en fazla bildirilen sorunlardandır. Ruhsal hastalık tanısı ile işlevsellik arasında bariz bir şekilde bağlantı olduğu günümüzde, klinik uzmanlar tarafından belirtilen ortak bir görüştür. Kişi çoğu zaman yaşadığı sorunlarla nasıl başa çıkabileceğini bilemez ve bu durum işlevsel iyileşme sürecinde gecikmelere neden olur. Bunun yanında yeti kaybı çoğu ruhsal probleme göre daha fazla olan şizofreni hasta popülasyonu, yaşadıkları toplum ve sahip oldukları aileleri için maddi, manevi ve pek çok açıdan ağır bir yük oluşturmaktadır. Ailesi hasta bireyin bakımını sağlarken çoğu zaman zorlanır ve yaşadıkları bu zorluk ailenin stres düzeyinin artmasına neden olur. Kişi, şizofreni tanısı aldıktan sonra; rol kayıpları, maddi kayıplar, sosyal geri çekilme, kendini toplumdan tecrit etme, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmalar yaşamaktadır. Bu çalışmada şizofreni tanısı almış bireylerin hastalıklarının ciddiyeti göz önünde bulundurularak, farmakolojik tedavilerin yanında terapötik yaklaşımlarla beraber uygulanan ergoterapi çalışmalarının, yaşanan bilişsel gerileme ve işlevsel bozulmaya etkisi hakkında bilgiler paylaşılacaktır.

#### 1. Giriş

Şizofreni; davranışlarda, düşüncede, algıda, iletişim becerilerinde, konuşmada, dikkat süreçlerinde, sosyal bağlarda, dürtü denetiminde, duyguların dışavurumunda çevre ile olan etkileşimde, kalın ve ince

motor becerilerde semptomları olan, gerçeklerle gerçek olmayanların karışması gibi çok türden niteliği barındıran psikotik bir hastalıktır (1). Kısaca “us yarılması” veya “ayrılmış kişilik” anlamı taşıyan şizofreni, düşünce ve affekt arasında kopukluk

şeklinde ifade edilir. DSM-V tanı ölçütlerine göre; halüsinasyonlar, sanrılar, dağınık konuşma (örnek: konuşma esnasında karışık kelimeler kullanıp ilgili konunun dışına çıkma ya da anlaşılmasız konuşmalar), çevresindekilere saçma gelen tuhaf davranışlar sergileme ya da motor hareketlerin azalması ve duygusal bağlılığın azalması yahut tamamen kaybolması şizofreni belirtileri arasında sayılmaktadır (2).

Şizofreni birden fazla semptomu olan karmaşık bir ruhsal denge hastalığıdır. Bu hastalık semptomların ve bulguların kendini göstermesiyle rahatça tanımlanabilmektedir. Bireyin söz konusu semptomlardan birine sahip olması, şizofreni tanısına da sahip olması için yeterlidir (3). Şizofreni belirtileri esas olarak konuşmada görülen fakirleşme gibi problemler ve duygusal tepkilerde bozulmayla seyreden negatif belirtiler; halüsinasyonları ve sanrıları içeren pozitif belirtiler; dikkatte, bellekte, davranışlarda ve üst biliş yetilerinde bozulmayla seyreden bilişsel belirtilerdir. (4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2010 yılı verilerine göre 15 ile 35 yaş aralığındaki yetişkin popülasyonun 1000'de 7'sinde şizofreni hastalığına rastlandığı ve dünya üzerinde yaklaşık 29 milyon kişinin şizofreni tanısına sahip olduğu açıklanmıştır (5). Türkiye'de ise diğer psikotik bozukluklar ve şizofreni tanısı almış kişilerin sayısının 700.000'in üzerinde olduğu bilinmektedir (6). Şizofreniye, erkek ve kadın popülasyonunda eşit oranlarda rastlanmakla birlikte, hastalık başlangıç yaşı kadın hastalarda erkek hastalara göre daha geçtir. Şizofreninin başlangıcı genellikle kadınlarda 25-35 yaş, erkeklerde ise 15-25 yaş aralığında gerçekleşmektedir (7).

## 2. Şizofreni ve Günlük Yaşam Aktiviteleri

Şizofreni tanısına sahip hastaların büyük bir kısmında görülen kısıtlanmalar, günlük yaşam aktivitelerinde kendini göstermektedir. Şizofreni tanısına sahip bireylerde; dağınık konuşma, sanrı, düzenlenemeyen ve kontrol altına alınamayan düşünce, anormal motor davranış gibi pozitif belirtilere ait semptomlar ve bilişsel bozukluklar, amaçlı eylemi başlatma ve sürdürmede zorlanma, kendini dış dünyadan soyutlamayla ortaya çıkan negatif belirtilere rastlanabilir (8). Bireylerin farmakolojik tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların yan etkilerinin üzerine bu semptomlar eklendikçe, kişide motor fonksiyonlarda azalma ve görsel algı sorunları ortaya çıkabilmektedir (9). Şizofreni hastalarında söz konusu bozukluğun başlangıcından itibaren zamanla; iş yaşamı, başka kişilerle olan ilişkiler ve vücut bakımı gibi işlevsellik düzeyi gerektiren alanlarda problemler yaşanmaktadır (10).

Günlük yaşam aktiviteleri (GYA); bireyin, giyinme, kendine bakım, tuvalet hijyeni, ev temizliği, banyo yapma, giyinme, uyku, gibi gün içerisinde yaptığı aktiviteler bütünüdür (11). Bireyin sahip olduğu

alışkanlıkları, cinsiyeti, yaşı ve kültürü günlük yaşamındaki aktivitelerini etkileyen faktörlerdendir (12). GYA; yardımcı günlük yaşam aktiviteleri (YGYA) ve temel günlük yaşam aktiviteleri (TGYA) olmak üzere iki grupta incelenir. Alışveriş yapma, yemek yapma, para yönetimi, ulaşım, seyahat gibi ev içi ve ev dışındaki aktiviteler YGYA'larını giyinme, banyo yapma, tuvalete gitme, kendi kendine beslenme gibi kendine bakım aktiviteleri ise TGYA'larını oluşturmaktadır (13). Kişinin toplumsal katılımı, temel ve yardımcı aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesi ile yakından ilişkilidir. Aktivite katılımı, aktivite performansından farklı olup, günlük hayatta bir duruma dahil olmayla (sosyal hayatta becerilerin aktif ve hedefe yönelik olarak kullanılmasıyla) açıklanmaktadır (14). Katılım, sosyal boyutu bireysel boyuta göre daha fazla ele alır ve bu yönüyle hedef aktivitenin yaklaşımından farklıdır. Çünkü katılım, değişik kültürlerden gelen insanlar arasında farklılıkları gösterdiği gibi, aynı kültürden olan insanlar arasında bile farklı parametreleri ortaya koyabilir (15). Kişinin aktivite katılımını; sahip olduğu alışkanlıkları, yetiştiği çevrenin sosyokültürel yapısı ve şahsi nitelikleri ile toplumda sahip olduğu rolleri belirlemektedir. Toplumda aktif rol performansı olan katılım, sosyal katılım, üretici faaliyetlere katılım ve ev katılımı olmak üzere üç grupta incelenmektedir (16).

Kişinin bir ruhsal hastalığa sahip olması, sosyal yaşamına eşlik eden başka sorunların da ortaya çıkabileceğini göstermektedir (17). Araştırmacıların çoğu ruhsal hastalıklarla sosyal yetersizlik arasındaki ilişkiyi göz önünde bulundurarak; ruhsal bozukluk tanısına sahip kişilerle sosyal çevrelerinde uyumsuzluk tanısı almış kişiler arasındaki bağlantıyı incelemişlerdir (18). Yapılan bir çalışmaya göre, zihinsel bozukluklara, herhangi bir işte çalışmayan bireylerde, meslek sahibi olanlara kıyasla 2 kat fazla rastlanmaktadır (19). Zihinsel rahatsızlığı olanların çoğunda baş etme ve sosyal ilişkilerini devam ettirme mekanizması olarak, aktivitenin ve günlük hayatta bir meşguliyete sahip olmanın çok önemli olduğu düşünülmektedir (20).

## 3. Şizofrenide Bilişsel Bozulma

Kognitif işlevlerde bozulmayla seyreden şizofreni diğer semptomlarının yanı sıra yeti kaybına neden olan kronik bir ruhsal hastalık olup, işlevselliği önemli ölçüde etkilemektedir (21). Birçok nörobilişsel alanın etkilendiği şizofrenide en sık etkilenen alanlar; çalışma belleği, yürütücü işlevler, dikkat ve sözel bellektir (22). Şizofrenide Kraepelin'den bu yana bilişsel yetilerin nasıl etkilendiği konusu, araştırmacılar tarafından yoğun ilgi görmüştür. Şizofreni hastalarında hastalık seyri boyunca kognitif durumlarında gözlemlenen kusurların, şizofreni hastalığıyla doğrudan bağlantılı

olup olmadığı merak konusudur (23). Şizofrenideki bilişsel bozukluklar, görülen pozitif ve negatif belirtilerden bağımsız şekilde ele alınıp, hastalığın sık rastlanan temel bulguları arasında dile getirilmektedir (24). Şizofreni tanısı olan hastaların, şizofreni tanısına sahip olmayan bireylerle karşılaştırıldıklarında, daha çok kognitif fonksiyonlar arasında sayılan, dikkati toplama ve sürdürme sorunları yaşadıkları ikiz kardeşlerle yapılan çalışmada görülmüştür (25). Bunun yanı sıra, çevreden alınan bilgilerin bellekte tutulmasına ve bu bilgilerin işlenmesine yarayan çalışma belleklerinde bozukluklar olduğu da belirgin olarak görülmektedir (26). Başka bir araştırmada ise; hastaların, tedavilerinin takiplerini sağlamakta ve günlük yaşantılarındaki aktiviteleri yerine getirmekte zorluklar yaşadığına değinilip, konuşmalarında ve işle ilgili konularda yönerge takibinde başarısız olduklarına, sosyal aktivitelerden kitap okumak, film izlemek gibi devamlılık gerektiren aktivitelerde zorlandıklarına değinilmiştir (27).

Bilişsel işlevler, şizofreni, anksiyete bozuklukları ve depresyon psikiyatrik bozukluklarda, bozukluğun kapsamı ve şiddetine göre çeşitli şekillerde etkilenmektedir. Dikkat, bellek ve öğrenme bilişsel işlevler arasında sayılmaktadır ve bu alanlarda görülen problemler doğrudan psikiyatrik bozukluk varlığının belirtileri arasında sayılabilmektedir (28). Bellek, alınan bilginin depolanması, işlenmesi ve ihtiyaç duyulduğunda geri çağrılmasını kapsayan yetiler bütününe verilen isimdir (23). Şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada, kişiye gösterilen bir cismin veya bir şeklin daha sonra hatırlanması, çizilmesi veya bulunmasını içeren görsel bellek değerlendirme testler kullanılmıştır. Test sonuçlarına göre hastaların görsel bellek testlerinin akut alevlenme döneminde kötü sonuçlar verdiği tespit edilmiştir (27). Başka bir çalışmada ise şizofreni hastalarının örtük bellekte problem yaşamadıkları bildirilip çalışan bellekte, otobiyografik bellekte, sözel bellekte ve işlem hızında sorun yaşandığı görülmüştür (29).

Şizofreni hastalarında, bilişsel bozulmayla sık karşılaşıldığı, bu bozulmanın hastalığın erken dönemlerinden itibaren var olduğu ve süreç boyunca görece stabil seyrettiğini belirten bir çalışma mevcuttur (30). Hammar ve Årdal'a (2009) göre; konuşma akışında uygun kelimelerin bulunmasında, alışveriş listesindeki öğelerin hatırlanmasında ve kişi isimlerinin hatırlanmasında zorlanmak da dahil olmak üzere hafıza ile ilgili yaşanan sorunlar, bilişsel işlevlerle ilgili problemlerin ilk göstergesidir. Kişi, gün içinde yapmakla yükümlü olduğu işleri unuttur, eskiden kolayca yönettiği görevleri yerine getirirken zaman yönetimini yapamaz ve kolayca bunalmaya başlar. Para yönetimi zayıflar, doktor randevularını hatırlamada ve ilaç kullanım takibinde zorlanır (31).

Normal popülasyonda %5 civarında görülen, kognitif fonksiyonlardaki bozuklukların şizofreni hastalarının yaklaşık %75'inde görüldüğü tahmin edilip, kapalı serviste tedavisi devam eden şizofreni hastalarının %85'inin kognitif fonksiyonlarında bozulmalar olduğu tespit edilmiştir (32).

#### 4. Şizofrenide İşlevsellik

Şizofreni, hastanın yaşamını birçok yönden (algısal, bilişsel, duygusal ve davranışsal vb.) olumsuz etkilemekte ve kişinin yaşadığı işlevsellikle ilgili bozuklukların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (33). İşlevselliğin bozulmasının ve yaşam kalitesinin düşmesinin şizofrenide görülen negatif belirtilerle ilişkili olduğu günümüz klinisyenleri tarafından ortak ağızla desteklenen bir gerçektir. Şizofreni hastalarının yaşam kalitelerinin ve hayattan aldıkları doyumun yüksek oranda düşmesine neden olan ve şizofreni tanısına sahip olan hastalar arasında sıklıkla karşımıza çıkan negatif belirtiler, hastanın başka insanlarla bağlarının zayıflamasına ve kendini sosyal yönden soyutlamasına neden olmaktadır (34). Şizofreni, günlük rutini sürdürmede sorunlarla devam ettiği için, hastanın ailesi ve arkadaşlarıyla sürdürdüğü ilişki ağında bozulmalarla, okul veya iş hayatında etkin performans gösterememesiyle ve bağımsız yaşamadaki sorunlarla yakından ilişkilidir (33).

Şizofreni hastalarının ve kontrol grubuna ait kişilerin katıldığı bir çalışma sonucuna göre, şizofreni hastalarının belirli bir işlevsellik düzeyi gerektiren aktivitelerde zorlanmalarının yanı sıra sosyal hayatlarında aktif katılım göstermeleri gereken işleri yaparken daha az zaman harcama ve daha fazla hiçbir şey yapamama isteği eğiliminde oldukları görülmüştür (35).

Şizofreni hastalarının sosyallik, girişkenlik, anlaşılabilirlik, şeffaflık ve dışadönüklüğün değerlendirildiği test puanlarının düşük olmasının nedeni, hastalıkla ortaya çıkan belirtilerdir. Şizofreni hastalarının bu alandaki testlerde düşük puanlara sahip olmaları, hastaların sosyal hayatlarındaki işlevsellik düzeylerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu kişilerin, vakitlerini sosyal ortamlarda başka insanlarla verimli bir şekilde değerlendirmede, sevgi ve merhamet duyumsamada, duygusal beraberliklerinde, cinsel aktivitelerinde ve uzun vadeli yükümlülükler içeren aktivitelerde güçlük çektikleri görülmüştür (36).

Hastaların sağlık durumları, tedavi aşamaları ve hastalıkları hakkında farkındalık sahibi olma, sosyal hayatındaki ilişkilerinin devamlılığını sağlayabilmesi, iş ve akademik hayatındaki rollerini devam ettirebilmesi, ev içi ve ev dışındaki günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi, para idaresini sağlayabilmesi 'işlevsel iyilik hali' olarak tanımlanır (37-40). 'Ruhsal hastalıklarda iyileşme'

terimi iyileşmenin çok boyutlu olmasıyla alakalıdır. Bireyin psikolojik, sosyal ve biyolojik olarak tam iyilik halinde olması durumunda, iyileşmeden söz edilebilir. Tedavinin amacı, kişinin sosyal hayatında daha bağımsız bir birey olmasını sağlamaktır. Sosyal hayatta bağımsızlığın geri kazanılması da işlevsellikteki iyileşmeyle yakından bağlantılıdır (40). Uzun süren ve güçlükleri olan işlevsel iyileşme kavramı, geniş kapsamlı bir terimdir. Klinisyenler ve hasta aileleri bu süreçte, hastaya karşı anlayışlı olmalıdır (41). Bu sebeple, son yıllarda şizofreni hastalarının tedavilerinde hastaların işlevselliklerini artıracak uygulamalara ve terapötik bakış açısına verilen önem gün geçtikçe artmaktadır. Bu amaçla, psikiyatri kliniklerinde hastanın günlük yaşamdaki bağımsızlık düzeyini artırmayı hedefleyen iş ve uğraşı terapisi, son yıllarda tedavinin bir parçası olarak kullanılmaya başlanmıştır (42-43). İş ve uğraşı terapisi 18. yüzyılın sonlarına doğru Fransız hekim Philippe Pinel tarafından psikiyatride bir tedavi şekli olarak kullanılmaya başlanmıştır ve tedavide hastanın ilgileri ve güçlü yönleri göz önünde bulundurularak, hedefe yönelik aktivitelerle çalışılmıştır. Bu ele alış şekliyle ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisinde, günlük yaşamlarında kendisi için anlamlı ve amaçlı aktiviteler kullanılmaya başlanmıştır (44).

Seçilecek aktivite, hastanın ilgi alanlarıyla ilgili olmalı ve aktivite yapılırken hastanın rutinde yükümlü olduğu görevleri yerine getirebilmesi, zamanını doğru yönetebilmesi ve sosyal bağların güçlendirilmesi hedef olarak belirlenir. Dünya Ergoterapi Federasyonu 2004 yılında uğraş terapisini şu şekilde tanımlamıştır:

- 1) Uğraş terapisi kişi için anlamlı ve amaçlı aktivitelerle iyilik durumunu hedefleyen bir uzmanlık alanıdır.
- 2) Temel amaç kişinin sosyal hayata aktif katılımının artırılmasıdır.
- 3) Ergoterapistler kişilere, çevre modifikasyonları yaparak ya da aktivite katılımının artırılmasını hedefleyerek yardımcı olurlar (45).

Ergoterapi kişi merkezli bir sağlık mesleğidir, kişi için anlamlı ve amaçlı aktivitelerle, sağlığı ve refahı arttırmayı hedefler (46). Ergoterapi serbest zaman, iş yaşamı ve günlük hayatta, kişinin yaşadığı sorunlara yönelik stratejiler geliştirerek; becerinin geliştirilmesi, iyileşme ve becerilerin sürdürülmesi hedefiyle amaçlı aktivitelerin kullanılması esasına dayanır. Birey merkezli olmasının nedeni, kişinin ihtiyaçlarını ve isteklerini gözetmesidir (47).

Ergoterapi uygulamalarının şizofreni hastalarında kullanılmasında, hasta katılımını teşvik eden ve aktivite performansına yönelik kullanılan çeşitli modeller mevcuttur. Bunlardan ilki Kişi Çevre Aktivite (KÇA) Modelidir. Bu model hastanın aktivite sırasındaki performansını ve iyilik halini etkileyen ve hastalığın yol açtığı benlik

kaybına katkıları olan kişi, aktivite ve çevreyle ilgili hususlar üzerinde duran bir modeldir (48). Başka bir model olan İnsan Aktivite Modeli (Model of Human Occupation- MOHO) bireylerin sağlıklı kalma hallerini destekleyip, GYA'da kullanılır. Birey için anlamı olan aktivitelerin motivasyonları ve hayata geçirilmesi üzerinde duran bu modelde, müdahale programı ve değerlendirme sürecinde, bireyin günlük rutinleri, toplumda sahip olduğu roller, alışkanlıkları ve iradesi ile performans kapasitesi önemli hususlardır (49). Diğer bir model ise, günlük yaşam aktivitelerinin yarı yapılandırılmış görüşmelerle değerlendirildiği, müdahale planının oluşturulduğu ve takiplerin yapıldığı Kanada Aktivite Performans Modeli'dir (KAPM). Bu model, bireyin sorun yaşadığı aktivite performans alanları tanımlanmakta ve birey tarafından aktiviteye dair performans düzeyi ve performansına dair memnuniyeti değerlendirilmektedir. KAPM'nin hem model hem de ölçüm aracı olarak ruh sağlığı alanında oldukça sık kullanıldığı görülmektedir (48).

İsrail'de yürütülen bir çalışmada 58 şizofreni hastasına 12 ay boyunca uygulanan ergoterapi çalışmalarına bilişsel davranışçı terapi de dahil edilmiş ve aktivite ile beraber kognitif terapi alan grupta, düşünce safhalarında ve bellekte daha yüksek oranda iyileşme olduğu fark edilmiştir (50). Amerika'da yürütülen, beceri gelişimi ile ergoterapi arasında bir bağlantının olup olmadığını ortaya çıkarmayı hedefleyen bir araştırmada ergoterapinin beceri geliştirmekte çok etkin olduğu kanısına varılmıştır (51). Yüz otuz bir şizofreni hastasının müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılıp iki yıl boyunca takip edildiği bir çalışmada, kontrol grubu sadece bilişsel davranışçı terapi alırken müdahale grubuna bilişsel davranışçı terapiye ek olarak, ergoterapistler tarafından sanal gerçeklik uygulamalarını içeren bir müdahale programı oluşturulmuştur. Çalışmanın 10. ayının ve 2. yılının sonunda elde edilen verilere göre her iki grupta da zihinsel yetilerde iyileşme görülürken; müdahale grubundaki kişilerin sözel öğrenme ve çalışma belleğinde ekstra iyileşme görülmüştür (52). Yirmi hastayla bilişsel yetilerin ve aktivite katılımının artırılmasına yönelik yapılan bir çalışmada, hastalarla 20 saat kognitif rehabilitasyon çalışıldıktan sonra yapılan anket sonucuna göre hastaların tamamının aldıkları rehabilitasyondan memnun oldukları, %70'inin bilişsel yetilerinde anlamlı iyileşme, %45'inin özgüveninde artış ve %20'sinin sosyal becerilerinde düzelme olduğu görülmüştür. Katılımcıların bir kısmı sosyal ortamında değerlendirilmiş ve bilişsel yetilerini günlük hayatlarında kullanabilmelerinde artış gözlenmiştir (53). Cook ve arkadaşlarının (2009) toplum ruh sağlığı merkezi tarafından takipleri sürdürülen ve merkezde ergoterapi çalışmalarına katılan müdahale grubu ve katılmayan kontrol grubuyla yürütülen şizofreni ve psikoz

hastalarından oluşan bir hasta popülasyonu ile yürüttükleri araştırmada, müdahale grubu kontrol grubuyla karşılaştırıldığında ilk değerlendirmede anlamlı bir fark görülmezken, bir yıl sonra yapılan değerlendirmede, müdahale grubundaki hastaların başka insanlarla ilişkiler, sosyal işlevsellik, bağımsız performans gösterme ve yeterlilik düzeyinde artış olduğu görülmüştür. Bunların yanında müdahale grubundaki kişilerin serbest zaman aktivitelerinde iyileşme görülmüş ve negatif belirtilerinde azalma bildirilmiştir (42).

## 5. Sonuç ve Öneriler

Kişide ruhsal bir hastalığın bulunması, kişinin toplumsal hayatına eşlik eden başka sıkıntıları da yaşayabileceğini göstermektedir. Ruhsal bozuklukların tanı ve tedavileri aşamasında insan ilişkileri ile bireysel ve sosyal performans seviyesi, klinisyenlerin değindiği önemli değişkenlerdir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin klasik farmakolojik tedavilerine ek olarak bu değişkenlerde iyileşmenin sağlanması amacıyla, psikososyal müdahalelerin önemi her geçen gün artmaktadır.

Sosyal işlevsellik; şizofreni, bipolar bozukluk ve yeme bozuklukları gibi farklı ruhsal hastalık tanısı olan bireylerde ele alınan önemli bir meseledir. Psikopatolojik belirtilerin varlığı bireyin toplumsal hayatında yaşadığı işlevsellik sıkıntıları ile yakından ilgilidir.

Psikotik hasta popülasyonuna uygulanan ergoterapi müdahaleleri ilgili yapılan çalışmalar genellikle hasta popülasyonu üzerinde farklı seçeneklerin değerlendirilmesiyle yürütülmüştür. Daha çok psikotik hasta popülasyonunda seçilen aktivitenin toplumsal işlevselliği nasıl etkilediği üzerine çalışılmıştır fakat bu konudaki çalışmaların yeterli sayıda olmadığı düşünülmektedir.

Şizofreni hastalarının rehabilitasyonunda ergoterapinin önemi gün geçtikçe artmaktadır ve ergoterapi bakış açısıyla damgalama karşıtı ve şizofreni hastası bireyleri topluma kazandırmaya yönelik uygulamalar yapılmaktadır. Ergoterapistler multidisipliner bakış açısıyla, hekim kontrolünde diğer sağlık uzmanlarıyla beraber çalışırlar. Ergoterapistler hastanın güçlü yönlerini belirleyip, rehabilitasyon çalışmalarında kullanırlar. İşlevselliğin geliştirilmesine yönelik yapılan GYA ve TGYA çalışmaları ergoterapistlerin müdahale programlarında sık kullandıkları yöntemlerdendir. Ergoterapistlerin bilişsel gerilemeye yönelik yaptığı dikkat, bellek, oryantasyon, praxis gibi çalışmalardan da olumlu geri dönüşler alınmaktadır. Ergoterapistler aile ile iş birliği içinde hareket edip, bireyin ihtiyaçlarını ve isteklerini göz önünde bulundurarak, çevre ve aktivite modifikasyonu yapabilirler.

Diğer sağlık profesyonellerinde olduğu gibi, multidisipliner yaklaşımlarda ergoterapi bakış açısı da oldukça önemlidir.

Ergoterapistlerin aldığı 4 yıllık eğitim ve stajlarla bu bakış açısının kazandırılması hedeflenmektedir.

**Çıkar Çatışması:** Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

**Finansal Destek:** Bu çalışmada herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

**Etik Kurul Onayı:** Bu çalışma için etik kurul onayına gerek yoktur.

**Yazarlık Katkısı:**

MÜ: Araştırma, derleme, yorumlama ve eleştirilerde bulunma.

SA: Araştırma, derleme, yorumlama ve eleştirilerde bulunma.

## Kaynaklar

- 1- Van Wijngaarden, B., Schene, A., Koeter, M., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H.C., et.al. People with schizophrenia in five countries: conceptual similarities and intercultural differences in family caregiving. *Schizophr Bull.* 2003;29(3):573-586.
- 2- Ceylan ME, Çetin M. Araştırma ve uygulamada biyolojik psikiyatri. İstanbul, Yerküre, 2005.
- 3- Marcisisin, MJ., Rosenstock, JB., Gannon, JM. Schizophrenia and related disorders. Oxford University Press 2016.
- 4- Vahia, VN. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian journal of psychiatry.* 2013;55(3):220-223.
- 5- Chan, SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs.* 2011;25(5):339-349.
- 6- Arslantaş, H., Adana, F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2011;3(2):251-277.
- 7- Kim, J. S. Daughters in-law in Korean caregiving families. *Issues and Innovations in Nursing Practice.* 2001;36(3):399-408.
- 8- Ertuğrul, A., Nörobijolojisi, Ş., & Psikofarmakoloji, T. 2010;1:354.
- 9- Öztürk, Orhan, and Uluşahin A. Ruh sağlığı bozuklukları. 11. Baskı. Ankara, Tuna Matbaacılık 2008; 452-467.
- 10- Köroğlu, E. DSM-V-TR Tanı ölçütleri el kitabı. 1.Baskı, Ankara: Hekimler Yayıncılık Birliği 2013;49-50.
- 11- Letts, L., & Bosch, J. Measuring occupational performance in basic activities of daily living. *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy.* 2005;2:179-247.
- 12- Brown. C. Activities of daily living and instrumental activities of daily living. C. Brown, Stoffel, VC. (Ed.). *Occupational therapy in mental health*, Philadelphia: F.A. Davis Company. 2011;659-675.
- 13- Willer, B., Rosenthal, M., Kreutzer, J., Gordon, W., Rempel, R. Assessment of community integration following rehabilitation for TBI. *J Head Trauma Rehabil.* 1993;8:11-23.
- 14- Kielhofner, G. The Canadian Model of occupational performance. G. Kielhofner (Ed.). *Conceptual foundations of occupational therapy*, Philadelphia: F.A. Davis Company. 2007;3:94-109.
- 15- Dünya Sağlık Örgütü, D.S. İşlevsellik, yetiyitimi ve sağlığın uluslararası sınıflandırılması. 2004.
- 16- Brown, Catana, Virginia C. Stoffel, and Jaime Munoz. *Occupational therapy in mental health: A vision for participation*. FA Davis, 2019.
- 17- Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, de Gruy FV 3rd, Brody d, Davies M. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders: Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1995;274:1511- 1517.



- 18- Ruggeri M, Bonizzato P, Fontecedro L, Leese M, Slade M, Tansella M. Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. The South Verona Outcome Project 8. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004;39:60-68.
- 19- Jenkins R, Bebingron P, Brugha TS, Farrell M, Lewis G, Meltzer H. British psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1998;173:4-7.
- 20- Noble JH. Policy reform dilemmas in promoting employment of persons with severe mental illnesses. *Psychiatr Serv.* 1998;4:775-781.
- 21- Green MF, What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry.* 1996;153:321-30.
- 22- Ceylan M. ve İntihar Ç. M. Ş. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri. Şizofreni 1. cilt içinde. Uzun Ö, editör. 4. Baskı. İstanbul: İncekara Kâğıt Mat. San. ve Dış Tic. Ltd. Şti. 2009;(1):1231-1240.
- 23- Green MF, Harvey PD. Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophr Res Cogn.* 2014;1(1):e1-e9.
- 24- Galderisi S, Davidson M, Kahn RS ve diğ. Correlates of cognitive impairment in first episode schizophrenia: The EUFEST study. *Schizophr Res.* 2009;115:104-14.
- 25- Gold JM. Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004;15(1):21-28.
- 26- Barch DM. The cognitive neuroscience of schizophrenia. *Annu Rev of Clinical Psychology.* 2005;1:321-53.
- 27- Keefe, R. S. E., & Eesley, C. E. Neurocognitive Impairments. In J. A. Lieberman, T. S. Stroup, & D. O. Perkins (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia.* 2006, 245-260.
- 28- Ertuğrul A, Rezaki M. Uykunun Nörobiyolojisi ve Bellek Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Derg.* 2004;15:300-308.
- 29- Danion J-M, Meulemans T, Kauffmann-Muller F, Vermaat H. Intact implicit learning in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2001;158:944-948
- 30- Hill SK, Reilly JL, Keefe RS, Gold JM, Bishop JR, Gershon ES, et al. Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) study. *Am J Psychiatry.* 2013;170:1275-84.
- 31- Hammar, Åsa ve Guro Årdal. "Majör depresyonda bilişsel işleyiş-bir özet." İnsan sinirbiliminde sınırlar. 2009;3:26.
- 32- Palmer BW, Heaton RK, Paulsen JS. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology,* 1997;11(3):437-446.
- 33- Dziwota, E., Stepulak, M. Z., Wloszczak-Szubzda, A., & Olajosy, M Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine.* 2018;25(1):50-55.
- 34- M. Z., Wloszczak-Szubzda, A., & Olajosy, M. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine,* 2018;25(1).
- 35- Östman, M., & Björkman, A. C. Schizophrenia and relationships: the effect of mental illness on sexuality. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses,* 2013;7(1):20-24.
- 36- Johansen, R., Melle, I., Iversen, V. C., & Hestad, K. Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry.* 2013;54(8):1169-1176.
- 37- Işık E, Barlas GÜ. Psikiyatri hemşireleri için bir alan: Şizofrenide duygu tanıma ve sosyal işlevsellik. *JAREN* 2016;2(2):92-6.
- 38- Mohamed SM, Abd El Aziz EM. Effect of assertive training program on social interaction anxiety and self-esteem of institutionalized patients with chronic schizophrenia. *IOSR J Nurs Health Sci* 2016;5(5):36-44.
- 39- Rus Calafell M, Maldonado JG, Sabate JR, Giraldez SL. Social skills training for people with schizophrenia: What do we train? *Behavioral Psychology.* 2014;22(3):461-477.
- 40- Arslan Delice M, Mert Akgül S, Yıldız M. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *Müşed* 2014;4(82):122-125.
- 41- Silvana G, Alessandro R, Paola R, Alessandro B, Armida M, Paola B, et. al. Italian Network For Research on Psychoses. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry.* 2014;13(3):275-87.
- 42- Cook S, Chambers E, Coleman J. Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: A pilot randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation.* 2009;23(1):40-52.
- 43- 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.
- 44- Paterson CF. A shorthistory of occupationaltherapy in psychiatry.Occupational therapy and mentalhealth. J Creek, L Lougher (Eds), Philedelphia, Elsevierlimited 2008;(4)3-17.
- 45- WFOT (World fedaration of occupational therapists) definitions of occupational therapy from member countries. 26th Council Meeting, Cape Town, South Africa 2004.
- 46- Halliday Pulaski K. Adult Neurological Dysfunction. Brededell Crepeau, E., Cohn, E.S., Boyt Schell, B.A. Willard& Spackman's Occupational Therapy, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins. 2003;10:767-788.
- 47- Sumsion T. A revised occupational therapy definition of client-centred practice. *British Journal of Occupational Therapy.* 2000;63(7):304-9.
- 48- Crouch R. The occupational therapy approach to the management of schizophrenia. In: Crouch R, Alers V, editors. *Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health.* Fifth edition ed: John Wiley & Sons, Ltd; 2014:435-45.
- 49- Kielhofner G, Burke J. A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content. *American Journal of Occupational Therapy.* 1980;34:572-81.
- 50- Hadas-Lidor N, Katz N, Tyano S, Weizman A. Effectiveness of dynamic cognitive intervention in rehabilitation of clients with schizophrenia. *Clin Rehabil* 2001;15:349-359.
- 51- Hayes RL, McGrath JJ. Cognitive rehabilitation for people with schizophrenia and related conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;3:CD000968.
- 52- Lystad JU, Falkum E, Haaland VØ, Bull H, Evensen S, McGurk SR, et al. Cognitive remediation and occupational outcome in schizophrenia spectrum disorders: A 2 year follow-up study. *Schizophr Res.* 2017;185:122-9.
- 53- Contreras NA, Lee S, Tan EJ, Castle DJ, Rossell SL. How is cognitive remediation training perceived by people with schizophrenia? A qualitative study examining personal experiences. *J Ment Health* 2016;25:260-6.