

GÜNDÜZ HASTANESİ İZLEM ÇALIŞMASI

Mustafa Kendi*, Melike Güney**

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı GH'ne yatmış hastaların GH tedavileri öncesi beş yıla kadar ve GH tedavileri sonrası beş yıla kadar olan dönemdeki yıllık ortalama relaps ve hospitalizasyon sayılarının ve işlevsellik düzeylerinin tanımlanması ve GH tedavilerinin relaps ve hospitalizasyon sayıları ve işlevsellik düzeylerine etkisinin araştırılmasıdır. **Yöntem:**1995-1998 yıllarında GH'ne yatmış olan kırkbir şizofren hastanın kayıtları incelendi. Hastaların GH tedavileri öncesindeki ve sonrasındaki yıllık ortalama relaps ve hospitalizasyon sayıları ve yıllık ortalama İGDÖ puanları tanımlandı. GH tedavileri öncesi yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması, yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması ve yıllık İGDÖ puanı ağırlıklı ortalaması,

GH tedavileri sonrası yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması, yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması ve yıllık İGDÖ puanı ağırlıklı ortalaması ile karşılaştırılarak GH tedavilerinin etkinliği araştırıldı. **Bulgular:** Hastaların GH tedavileri öncesindeki yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması, 58, yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması, 47 ve yıllık İGDÖ puanı ağırlıklı ortalaması 47,95 iken GH tedavileri sonrasında GH tedavileri sayesinde yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması, 17'ye, yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması ,09 'a düşmüş ve yıllık İGDÖ puanı ağırlıklı ortalaması 56,05 'e yükselmiştir. **Tartışma:** GH tedavileri öncesindeki dönemde relaps ve hospitalizasyon sayıları GH tedavileri sonrasındaki döneme göre yüksektir. İşlevsellik düzeyleri GH tedavileri öncesindeki dönemde GH tedavileri sonrasındaki döneme göre düşüktür. GH multidisipliner bütüncül tedavi yaklaşımları sayesinde relaps ve hospitalizasyon sayıları azalmış işlevsellik düzeyleri artmıştır. Bu da şizofren hastaların tedavisinde GH multidisipliner bütüncül tedavi

* Uzm. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

yaklaşımlarının etkin olduğunu göstermektedir. Bu nedenle gündüz hastaneleri ülkemizde yaygınlaştırılmalı ve psikiyatri eğitiminde psikososyal yaklaşımlara haketdiği önem verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gündüz hastanesi, rehabilitasyon, şizofreni, psikososyal müdahaleler

Day Hospital Follow-Up Study

SUMMARY

Purpose: The aim of this study is to define the annual means of relapses, hospitalisations and the levels of functioning of the patients, who had been admitted to Day Hospital (DH), prior to the DH treatment and after the DH treatment till a five year period and to explore the effects of DH treatment on relaps, hospitalisation and functioning. **Method:** Records of forty-one schizophrenia patients, who had been admitted to DH between 1995-1998, were evaluated. The weighted annual means of relapses, hospitalisations and levels of functioning prior and after DH treatment have been calculated and the efficacy of DH treatment was explored by using these variables. **Results:** The weighted annual means of relapses-hospitalisations and levels of functioning before DH treatment were 0.58, 0.47, 47.95 respectively. The weighted annual means of relapses-hospitalisations and levels of functioning after DH treatment were 0.17, 0.09, 56.05 respectively. **Discussion:** It has been observed that the relaps and hospitalisation rates prior to DH treatment were higher than the relaps and hospitalisation rates after DH treatment. Levels of functioning of patients have been found to be increased compared with the levels of functioning prior to DH treatment.

Key Words: Day hospital, rehabilitation, schizophrenia, psychosocial interventions.

Şizofreni tahrip edici bir hastalıktır. Halüsinasyonlar, dezorganize düşünce, amaca yönelik davranışların kaybı ve sosyal işlevsellikte bozulma ile karakterizedir. Şizofren hastaların çoğu çalışıyorlarsa işe, öğrenci iseler eğitimlerine devam edemezler. Hastalık sıklıkla genç erişkinlerde görülür ve bireyin bağımsız ve üretken olmasını engeller. Bireye etkisinin yanında topluma da büyük mali yük getirir. Tüm dünyada şizofreni prevalansının %1 olduğu düşünülünce ekonomik açıdan ne kadar tüketici bir hastalık olduğu anlaşılır. Uzun süreli olması, tekrar olasılığının yüksek olması, getirdiği sosyal yıkım göz önüne alınınca birey ve aile açısından ne kadar zorlu ve üzücü bir hastalık olduğu anlaşılır (Shultz 1999).

Stres-yatkınlık modeli şizofreniyi kalıtsal bir yatkınlığın söz konusu olduğu ve bu yatkınlık üzerinde çevresel streslerle hastalığın ortaya çıktığı şeklinde açıklar yani şizofreniyi genetik, biyolojik, psikolojik yapısal ve öğrenme ile ortaya çıkan etkilerin bütüncül bir sonucu gibi görür. Şizofreni etiyolojisini araştıran çalışmalarda da, etiyolojide genetik, biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin rol oynadığı gösterilmiştir. Tedavide de biyopsikososyal yaklaşımların gerekli olduğu bu bağlamda gözden kaçırılmamalıdır (Gelder 1996, Sadock 2000).

İlaç tedavisi akut semptomların tedavisinde etkili olmakla ve relaplara duyarlılığı azaltmakla birlikte rezidüel kognitif defisitleri ve sosyal becerilerdeki bozulmalar gibi defisitleri tamamen ortadan kaldıramamaktadır. Bu tip beceriler hastalığın kronisitesi sebebi ile kaybolmuş ya

da premorbid özellikler sebebi ile hiç gelişmemiş olabilir. Bu nedenle şizofrenik hastaların hastalıkları ile başa çıkabilmelerini, kendilerine yetebilmelerini ve yaşam kalitelerini arttırabilmelerini sağlamak için ilaç tedavisi ile psikososyal yöntemler bütünleştirilmelidir (Kane 1993, Liberman 1983, Marder 2000).

Psikososyal yöntemler semptomların kontrolünü, relapların önlenmesini veya azaltılmasını, kronik hastaların sosyal mesleki, eğitimsel ve ailesel rollerinin optimal hale getirilmesini ve bunları yaparken hastanın en az profesyonel yardımı alarak bunları becermesini sağlar (Kaplan 2000).

Psikososyal yaklaşımları uygulama süreci uzunlamasına, bilgi verici, karşılıklı saygılı, terapist ve hastanın işbirlikçi olduğu bir süreç olmalıdır. Terapist, destekleyici, empatik, bireysel özellikleri dikkate alan niteliklere sahip olmalıdır (Kaplan 2000).

Psikososyal yaklaşımlarda majör amaç, hastanın tedavi kararlarında aktif katılımını ve toplumsal yaşamda mümkün olan en yüksek kalitede yaşamasını sağlamaktır. Bu süreçte psikososyal müdahalelerin amaçları şu iki maddede özetlenebilir; hastaları sosyal, mesleki kişisel başa çıkabilme yetileri ile donatmak ve en iyi bakım hizmetlerinin çare olamadığı semptomları, eksiklikleri, yetersizlikleri telafi edebilmek için sosyal destek hizmetlerini harekete geçirmek.

Psikososyal yaklaşımlar geniş bir spektrum olup, bireysel psikoterapi, grup terapisi, aile terapisi, sosyal beceri eğitimi, kognitif terapi, mesleki rehabilitasyon, vaka takibi, seks ve aids eğitimi, psikososyal kendine yardım programları ve barındırma gibi yaklaşımları içerir (Kaplan 2000).

Kliniğimizde ilk kez 1988 yılında başlanan gündüz hastanesi uygulamaları 1994 yılından beri temelde aynı kavramlara dayalı olmak üzere farklı bir ekip tarafından yürütülmektedir. Ekip iki psikiyatrist (ekibin başı olan bir öğretim üyesi ve bir asistan doktor) bir klinik psikolog, iki hemşire, bir sosyal hizmet uzmanı, bir uğraş terapisti ve iki intörn doktordan oluşmakta olup en fazla hasta sayısı onaltıdır. Tedavi ekibi ve hastalar terapötik bir topluluk oluştururlar.

Hastalar poliklinik, medikososyal merkezi, sağlık kurulu gibi ayaktan servislerden ya da kapalı psikoz katlarından gönderilir. Bazen de kendiliğinden gelirler.

Hastalar gündüz hastanesine yatırılmadan önce katın ekibi tarafından değerlendirilir. Hastanın gündüz hastanesindeki terapötik yaklaşımlardan en verimli biçimde faydalanabilmesi için hastalığının alevli dönemde olması, zeka geriliği veya rehabilitasyondan faydalanması engelleyecek düzeyde ciddi bir bedensel rahatsızlığının olmaması, rehabilitasyona ihtiyacı olması ve programa katılmak için istekli olması gerekir. Kat ekibi hastayı değerlendirirken bunları göz önüne alarak hastayı değerlendirir.

Hastalarımızın %60 kadarı şizofren olup bunların çoğu residüel olgulardır. Geri kalan %40 ı ise başka bir psikotik bozukluk ya da kişilik bozukluğu (özellikle borderline kişilik bozukluğu) olgulardır.

Gündüz hastanesinde kronik psikotik hastalara yönelik psikososyal rehabilitasyonun temel amaçları şunlardır:

a-Pozitif semptomların azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılması,

b-Negatif belirtilerin azaltılmasına yardımcı olunması,

c-Hangi düzeyde olursa olsun hastaların kaybettikleri ya da zarar görmüş becerilerinin ve yeteneklerinin yeniden kazandırılması,

d-Hastaya zarar veren,çevreye uyumunu bozan ve çevrenin tolere edemediği davranış bozukluklarının kontrolü ve düzeltilmesi,

e-Hastayı hastalığı hakkında bilgilendirmek ve kendiyile ilgili kararlarda aktif katılımını sağlamak,

f-Aile üyelerinin hastalık hakkında bilgilendirilmesi, hasta ile etkin iletişimlerini ve tedaviye aktif katılımlarını sağlamak,

g-Süregiden profesyonel desteğin en aza indirgenmesi,

h-Relapsların engellenmesidir.

Hastalar haftada dört gün kliniğe gelirler. Saat 9.00-16.00 arasında klinikte bulunurlar. Haftada 20 saat terapötik aktivitelere katılırlar.Programımızda bireysel terapiler, etkileşimli grup terapileri, sosyal beceri eğitimi uygulamaları, etkileşimli sanat terapisi grupları, beden yolu ile etkileşim grupları,uğraş tedavileri,spor saatleri,müzikli çay saati toplantıları, aile grupları ve diğer terapötik içerikli yapılandırılmış grup egzersizleri bulunmaktadır (Güney 1999).

Gündüz hastanesinde multidisipliner bütüncül tedavi yaklaşımları uygulamaktayız.

Araştırmamız retrospektif bir çalışma olup amaçlarımız şunlardır:

a-Gündüz hastanesine yatmış olan hastaların sosyodemografik bilgilerinin tanımlanması.

b- Gündüz hastanesine yatmış olan hastaların gündüz hastanesine yatıştan önceki beş yıllık döneme ait relaps ,hospitalizasyon ve işlevsellik durumlarının tanımlanması.

c-Gündüz hastanesine yatmış olan hastaların gündüz hastanesine yatıştan sonraki beş yıllık döneme ait relaps, hospitalizasyon ve işlevsellik durumlarının tanımlanması.

d-Gündüz hastanesine yatmış hastaların gündüz hastanesi öncesi relaps, hospitalizasyon ve işlevsellik durumlarıyla gündüz hastanesi sonrası relaps,hospitalizasyon ve işlevsellik durumlarının karşılaştırılması ve bu yolla gündüz hastanesi tedavilerinin etkinliğinin görülmesi.

Araştırmanın Yöntemi

Örneklem Seçimi

Araştırma ile ilgili verileri elde etmek için 95-96-97-98 yıllarında gündüz hastanesine yatmış olan şizofren hastaların gündüz hastanesine yatmadan önceki 1-5 yıllık ve gündüz hastanesine yattıktan sonraki 1-5 yıllık kayıtları incelendi. Çalışmaya, belirtilen yıllarda gündüz hastanesinde en az üç ay yatmış şizofren hastaların hepsi alındı. Sürenin üç ay olarak alınmasının sebebi hastalarda yaklaşımlarımızın etkili olması için en az üç aylık bir sürenin gerekli olduğunu gözlemiş olmamızdır (Tedaviyi üç aydan önce bırakan hastaların oranı da %5-10 'dan yüksek değildir.).

Araştırmada Kullanılan Ölçek ve Kriterler

1-İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGDÖ)

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin çok eksenli tanı sınıflamasında 5.eksen için kullanılan işlev-

sellik değerlendirme ölçeğidir. Dereceler 1-100 arasında değişir. 1 puan işlevselliği en düşük - hasta-kişiyi tanımlarken 100 ise işlevselliği en yüksek seviyedeki-sağlıklı-kişiyi tanımlar. İGDÖ'nün önemli bir özelliği geriye yönelik bilgi vermesidir (Sadock 2000).

2-Relaps Kriterleri (Wolberg 1988).

Relaps için aşağıdaki ölçütlerden en az ikisinin olması aranmıştır:

a-DSM-IV şizofreni ölçütlerinden "A"maddesindeki semptomların yeniden ortaya çıkması.

b-Hastanın remisyon düzeyinde sağladığı işlevsellik düzeyinin belirgin oranda altına düşmesi.

c-Hastanın remisyon döneminde kullandığı ilaçların hastalık belirtilerinde "artma" nedeniyle en az üç-dört katına çıkarılmak zorunda kalınması.

d-Sosyal endikasyon veya postpsikotik depresyona girme nedenleri dışında hastaneye yatırılma.

3.Hospitalizasyon

Hastanın kapalı kata yatırılmış olması veya kapalı katı olan başka bir merkeze gönderilmesi durumu .

3.Araştırma Deseni ve İstatistiksel Analiz

Araştırma bir önce ve sonra çalışması şeklinde düzenlenmiştir.

Araştırmada şunlar tanımlanmıştır:

a- Hastaların sosyodemografik özellikleri(Hastaların eğitim, iş ve medeni durumlarında gündüz hastanesi tedavileri sonrasında değişiklik varsa bu da ayrıca belirtilmiştir.)

b- Gündüz hastanesi tedavileri öncesindeki birinci,ikinci,üçüncü,dördüncü ve beşinci yıllardaki yıllık ortalama relaps sayıları,yıllık ortalama hospitalizasyon sayıları, yıllık ortalama İGDÖ puanları ve bu değişkenlerin ağırlıklı ortalamaları

c- Gündüz hastanesi tedavileri sonrasındaki birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci yıllardaki yıllık ortalama relaps sayıları, yıllık ortalama hospitalizasyon sayıları, yıllık ortalama İGDÖ puanları ve bu değişkenlerin ağırlıklı ortalamaları

d-Hastaların gündüz hastanesi polikliniğine devam durumu

B ve C maddelerindeki değişkenler tanımlanırken ortalama ve standart sapma değerleriyle tanımlandı.Hastaların her biri için gündüz hastanesi öncesi ve sonrası beş yıllık verilere ulaşmak mümkün olmadı. Bunun sebepleri; hastaların bir kısmının beş yıldan daha kısa süredir poliklinik takibinde olması, beş yıldır takipte veya daha uzun süredir takipte olsa bile ara dönemde kontrole gelmediği yıllar olması, gündüz hastanesinden taburcu olduğundan bu yana beş yıldan kısa bir süre geçmiş olması veya gündüz hastanesi poliklinik kontrollerine gelmiyor olmasıydı. Bu nedenle belirtilen değişkenler hesaplanırken yıllık ağırlıklı ortalamalar şeklinde hesaplandı.

Araştırmanın diğer bir amacı da gündüz hastanesi tedavilerinin etkinliği ve sürekliliğini göstermek olduğundan şu hipotezler kurulup test edildi:

1. Gündüz hastanesi tedavileri relaps sayısını azaltmaktadır.

2-Gündüz hastanesi tedavileri hospitalizasyon sayısını azaltmaktadır.

3-Gündüz hastanesi tedavileri işlevselliği arttırmaktadır.

Hipotezleri test etmek için yıllık ortalama relaps ve hospitalizasyon sayıları ve yıllık ortalama İGDÖ puanları gündüz hastanesinden önceki ve sonraki dönem için ağırlıklı olarak hesaplandı ve bağımlı gruplarda t testiyle öncesi ve sonrası arasında anlamlı fark olup olmadığı test edildi. Ayrıca puansal olmasa da iş sahibi olabilme ve evlenebilme de işlevselliğin göstergeleri olarak kabul edilebilir. Buna dayanarak gündüz hastanesi tedavileri öncesi ve sonrası ortalama çalışan sayısı ve ortalama evli olanların sayısı bağımlı gruplarda t testiyle karşılaştırılarak öncesi ve sonrası arasında anlamlı fark olup olmadığına bakıldı.

Bulgular

Bulgular bölümünde ilk olarak, yöntem bölümünde belirtildiği gibi, sosyodemografik bilgiler verilecek, gündüz hastanesi tedavileri öncesindeki ve sonrasındaki yıllara ait yıllık ortalama relaps sayıları, yıllık ortalama hospitalizasyon sayıları ve yıllık ortalama İGDÖ puanlarıyla ilgili veriler değerlendirildi.

Tablo 1'de GH tedavileri sonrası eğitim durumu ile ilgili kısımda, bir hastanın lise mezunuyken üniversiteyi bitirmiş olması dikkati çekmektedir. Bu hasta gündüz hastanesi tedavilerine başlamadan önce üniversite eğitimini yarıda bırakmış bir hastaydı. Gündüz hastanesi tedavileri sonrasında üniversite eğitime geri dönerek üniversiteyi bitirmiş ve işe girmiştir. Dikkati çeken bir başka değişiklikte GH tedavileri sonrasında çalışabilen hasta sayısının 11'den 19'a çıkmış olmasıdır. Bu hastalar halen

çalışmaya devam etmekte olup GH poliklinik takiplerine gelmektedirler. GH tedavileri öncesinde hastalığı nedeniyle "çalışamaz" raporu verilmiş bir hasta GH tedavileri sonrasında "çalışabilir" hale gelip devlet memuru olarak çalışmaya başlamış olup beş senedir işine devam etmektedir.

Tablo 2'den hastaların GH tedavileri için başvurduklarında ortalama otuz yaş civarında oldukları ve ortalama dokuz yıldır hasta oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 3'de hastaların GH tedavileri öncesi beş yıllık dönemdeki yıllık ortalama relaps sayıları ve yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması görülmektedir. GH tedavileri öncesi üç ve dördüncü yıllardaki yıllık ortalama relaps sayısının diğer yıllara göre daha fazla olduğu düşünülebilir. Ancak yıllar kendi aralarında bağımlı gruplarda t testiyle karşılaştırıldığında aralarında yıllık ortalama relaps sayıları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 4'de hastaların GH tedavileri öncesi yıllık ortalama hospitalizasyon sayıları ve yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması görülmektedir.

Tablo 5'de hastaların GH tedavileri öncesi beş yıllık dönemdeki yıllık ortalama İGDÖ puanları ve İGDÖ puanları ağırlıklı ortalaması görülmektedir. GH öncesi dördüncü ve beşinci yıllardaki İGDÖ puanlarının diğer yıllardaki İGDÖ puanlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir ancak bu anlamlı bir yükseklik değildir. (Bunun anlamlı olup olmadığına yıllar kendi aralarında bağımlı gruplarda t testiyle karşılaştırılarak karar verildi).

Tablo 6'da hastaların GH tedavileri sonrası beş yıllık dönemdeki yıllık ortalama relaps

sayıları ve yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması görülmektedir. Yıllar arasında yıllık ortalama relaps sayısı açısından anlamlı fark yoktur.(Anlamlı fark olup olmadığına bağımlı gruplarda t testiyle bakıldı.)

Tablo 7'de hastaların GH tedavileri sonrası beş yıllık dönemdeki yıllık ortalama hospitalizasyon sayıları ve yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması görülmektedir.

Tablo 8'de hastaların GH tedavileri sonrası beş yıllık dönemdeki yıllık ortalama İGDÖ puanları ve yıllık İGDÖ puanları ağırlıklı ortalaması görülmektedir.

Birinci hipotezimiz GH tedavilerinin relaps sayısını azalttığı şeklindeydi.Bu hipotezi test etmek için GH öncesi yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalamasıyla GH sonrası yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması bağımlı gruplarda t testiyle karşılaştırıldı.

Tablodaki t değerinden hipotezimizin anlamlı olduğu yani GH tedavilerinin relapsı azalttığı anlaşılmaktadır($p<,001$) (Tablo 9).

İkinci hipotezimiz GH tedavilerinin hospitalizasyonu azalttığı şeklindeydi. Bu hipotezi test etmek için GH öncesi yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalamasıyla GH sonrası yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması bağımlı gruplarda t testiyle karşılaştırıldı.

Tablodaki t değerinden hipotezimizin anlamlı olduğu yani GH tedavilerinin hospitalizasyonu azalttığı anlaşılmaktadır ($p<,001$) (Tablo 10).

Üçüncü hipotezimiz GH tedavilerinin işlevselliği arttırdığı şeklindeydi. Bu hipotezi test

etmek için GH öncesi yıllık İGDÖ puanı ağırlıklı ortalamasıyla GH sonrası yıllık İGDÖ puanı ağırlıklı ortalaması bağımlı gruplarda t testiyle karşılaştırıldı.

Tablodaki t değerinden hipotezimizin anlamlı olduğu yani GH tedavilerinin işlevselliği arttırdığı anlaşılmaktadır ($p<,001$) (Tablo 11).

Üçüncü hipotezimizle ilgili olarak hastaların GH öncesi çalışma ve evli olma durumlarıyla GH sonrası çalışma ve evli olma durumlarını da karşılaştırdık. Çalışabilmek, evlenme ve evliliği yürütebilmek de iyi işlevsellik gerektirmektedir.

Tablolardaki t değerlerinden çalışan(8 hasta) ve evlenen (4 hasta) sayısında anlamlı artış olduğu görülmektedir (Sırasıyla $p<,01$ ve $p<,05$) (Tablo 12).

Tartışma

Çalışmamızda GH'ne yatmış şizofren hastaların GH öncesi beş yıllık ve GH hastanesi sonrası beş yıllık döneme kadar yıllık ortalama relaps ve hospitalizasyon sayıları ve yıllık ortalama İGDÖ puanları tanımlanmış ve GH tedavileri öncesi ve sonrasındaki yıllık relaps ve hospitalizasyon sayıları ağırlıklı ortalamaları ve yıllık İGDÖ puanı ağırlıklı ortalamaları karşılaştırılarak GH tedavilerinin etkinliği araştırılmıştır.

1-Sosyodemografik veriler:

Sosyodemografik veriler incelendiğinde GH tedavileri sonrasında çalışan ve evlenen hasta sayısında artış olduğu dikkat çekmektedir.Sekiz hasta çalışabilir duruma gelmiş dört hasta da evlenmiştir.

Çalışabilir duruma gelmiş olan hastalar halen polikliniğimiz takibinde olup çalışmaya

Tablo 1. Sosyodemografik bilgiler.

Cinsiyet		Frekans	%
	Erkek	20	48.8
Kadın	21	51.2	
GH tedavileri Sonrası Eğitim Durumu	İlkokul	4	9.8
	Ortaokul	9	22.0
	Lise	19	46.3
	Yüksekokul Üniversite	9	22.0
GH tedavileri Sonrası Eğitim Durumu	İlkokul	4	9.8
	Ortaokul	9	22.0
	Lise	18	75.6
	Yüksekokul/ Üniversite	10	24.4
GH tedavileri Öncesi Medeni durum	Evli	6	14.6
	Bekar	31	75.6
	Dul	4	9.8
GH tedavileri Sonrası Medeni durum	Evli	10	24.4
	Bekar	27	65.9
	Dul	4	9.8
GH tedavileri Öncesi İş durumu	Çalışıyor	11	26.8
	Çalışmıyor	25	61.0
	Emekli	5	12.2
GH tedavileri Sonrası İş durumu	Çalışıyor	19	46.3
	Çalışmıyor	18	43.9
	Emekli	4	9.8

Tablo 2. Yaş ve hastalık süresi ortalaması (yıl olarak) ve hastalık sürelerine göre hastaların frekans dağılımı

	n	ort.	SD	en az	en fazla
Yaş	41	30.41	6.87	18	43
Hastalık süresi	40	9.05	6.31	1	22

Hastalık süresi	Frekans	%
1-5 yıl	11	26.8
6-10 yıl	13	31.7
11 yıl ve üstü	16	39.0

Tablo 3. Hastaların GH tedavileri öncesi beş yıllık dönemdeki ortalama relaps sayıları ve yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması.

	n	ort	SD	en az	en fazla
GH öncesi 1. yılda ortalama relaps sayısı	40	,53	,68	0,00	2,00
GH öncesi 2. yılda ortalama relaps sayısı	27	,63	,79	0,00	2,00
GH öncesi 3. yılda ortalama relaps sayısı	20	,75	,64	0,00	2,00
GH öncesi 4. yılda ortalama relaps sayısı	19	,74	,80	0,00	3,00
GH öncesi 5. yılda ortalama relaps sayısı	14	,57	,75	0,00	2,00
GH öncesi yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması	41	,58	,53	0,00	2,00

Tablo 4 Hastaların GH tedavileri öncesi beş yıllık dönemdeki ortalama hospitalizasyon sayıları ve yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması

	n	ort	SD	en az	en fazla
GH öncesi 1 yılda ortalama hospitalizasyon sayısı	40	,45	,64	0,00	2,00
GH öncesi 2 yılda ortalama hospitalizasyon sayısı	27	,44	,70	0,00	2,00
GH öncesi 3 yılda ortalama hospitalizasyon sayısı	20	,65	,67	0,00	2,00
GH öncesi 4 yılda ortalama hospitalizasyon sayısı	19	,53	,61	0,00	2,00
GH öncesi 5 yılda ortalama hospitalizasyon sayısı	13	,54	,66	0,00	2,00
GH öncesi yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması	41	,47	,49	0,00	2,00

Tablo 5. Hastaların GH tedavileri öncesi beş yıllık dönemdeki ortalama İGDÖ puanları ve yıllık İGDÖ puanları ağırlıklı ortalaması.

	n	ort	SD	en az	en fazla
GH öncesi 1. yılda ortalama İGDÖ puanları	40	47,61	5,94	35,90	65,60
GH öncesi 2. yılda ortalama İGDÖ puanları	27	48,46	7,20	36,25	65,00
GH öncesi 3. yılda ortalama İGDÖ puanları	20	49,00	6,84	37,00	61,0m0
GH öncesi 4. yılda ortalama İGDÖ puanları	19	51,00	7,35	37,88	70,50
GH öncesi 5. yılda ortalama İGDÖ puanları	13	51,00	5,22	38,50	61,50
GH öncesi yıllık İGDÖ puanları ağırlıklı ortalaması	41	47,95	5,42	37,63	63,80

Tablo 6. Hastaların GH tedavileri sonrası beş yıllık dönemdeki ortalama relaps sayıları ve yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması

	n	ort	SD	en az	en fazla
GH sonrası 1. yılda ortalama relaps sayısı	41	,15	,35	0,00	1,00
GH sonrası 2. yılda ortalama relaps sayısı	36	,22	,42	0,00	1,00
GH sonrası 3. yılda ortalama relaps sayısı	27	,18	,39	0,00	1,00
GH sonrası 4. yılda ortalama relaps sayısı	21	,28	,46	0,00	1,00
GH sonrası 5. yılda ortalama relaps sayısı	7	0,00	,00	0,00	0,00
GH sonrası yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması	41	,17	,22	0,00	1,00

Tablo 7. Hastaların GH tedavileri sonrası beş yıllık dönemdeki ortalama hospitalizasyon sayıları ve yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması.

	n	ort	SD	en az	en fazla
GH sonrası 1. yılda ortalama hospitalizasyon sayısı	41	,12	,33	0,00	1,00
GH sonrası 2. yılda ortalama hospitalizasyon sayısı	36	,14	,35	0,00	1,00
GH sonrası 3. yılda ortalama hospitalizasyon sayısı	27	,03	,19	0,00	1,00
GH sonrası 4. yılda ortalama hospitalizasyon sayısı	21	0,004	,00	0,00	1,00
GH sonrası 5. yılda ortalama hospitalizasyon sayısı	7	,00	,20	0,00	0,00
GH sonrası yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması	41	,09	,49	0,00	1,00

Tablo 8. Hastaların GH tedavileri sonrası beş yıllık dönemdeki ortalama İGDÖ puanları ve yıllık İGDÖ puanları ağırlıklı ortalaması.

	n	ort	SD	en az	en fazla
GH sonrası 1. yılda ortalama İGDÖ puanları	41	55,76	5,69	42,00	69,16
GH sonrası 2. yılda ortalama İGDÖ puanları	36	56,61	6,17	40,00	69,00
GH sonrası 3. yılda ortalama İGDÖ puanları	27	56,92	6,30	45,00	70,00
GH sonrası 4. yılda ortalama İGDÖ puanları	21	57,12	7,19	43,00	75,50
GH sonrası 4. yılda ortalama İGDÖ puanları	7	60,64	9,81	42,00	75,00
GH sonrası yıllık İGDÖ puanları ağırlıklı ortalaması	41	56,05	5,59	41,00	67,29

Tablo 9. GH öncesi yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalamasının GH sonrası yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması ile bağımlı gruplarda t testiyle karşılaştırılması

	N	ort	SD	Eşleştirme Farkları		t değeri	P (önem düzeyi)
				ort	SD		
GH öncesi	41	,5778	,527	,4037	,516	5,01	p<001
GH sonrası		,1741	,224				

Tablo 10. GH öncesi yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalamasının GH sonrası yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması ile bağımlı gruplarda t testiyle karşılaştırılması.

	N	ort	SD	Eşleştirme Farkları		t değeri	P (önem düzeyi)
				ort	SD		
GH öncesi	41	,4759	,527	,3788	,531	4,57	p<001
GH sonrası		,0971	,209				

Tablo 11. GH öncesi yıllık İGDÖ puanı ağırlıklı ortalamasının GH sonrası yıllık İGDÖ sayısı ağırlıklı ortalaması ile bağımlı gruplarda t testiyle karşılaştırılması.

	N	ort	SD	Eşleştirme Farkları		t değeri	P (önem düzeyi)
				ort	SD		
GH öncesi	41	47,9462	5,925	-8,1020	5,083	-10,21	p<001
GH sonrası		56,0482	5,588				

Tablo 12. GH öncesi ortalama evli olan hasta sayısı ile GH sonrasında ortalama evli olan hasta sayısının bağımlı gruplarda t testiyle karşılaştırılması.

	N	ort	SD	Eşleştirme Farkları		t değeri	P (önem düzeyi)
				ort	SD		
GH öncesi	37	,1622	,3737	-,1081	,3148	-2089	p<05
GH sonrası		,2703	,4502				

devam etmektedirler. Daha öncesinde çalışamaz raporu almış bir hasta GH tedavileri sonrasında "çalışabilir" şeklinde sağlık kurulu raporu alıp devlet memuru olarak çalışmaya başlamış ve halen çalışmaya devam etmektedir. Çalışabilir duruma gelmiş hastalardan biri de GH tedavileri öncesinde eğitimini yarıda bırakmışken GH tedavileri sonrasında üniversiteyi bitirmiş ve çalışmaya başlamıştır. Diğer altı hastada benzer şekilde GH tedavileri öncesinde boşta ve çalışamazlarken GH tedavileri sonrasında çeşitli işlere girmişlerdir.

GH tedavileri öncesinde bekar olan dört hasta evlenmiştir(Evlilikler GH hastaları arasında değildir.) Bu dört hasta halen evliliklerini sürdürmektedirler.

Hastaların yaş ve hastalık süresi ortalamalarına bakıldığında yaklaşık otuzlu yaşlarda ve yaklaşık on yıldır hasta oldukları anlaşılmaktadır.

2-GH tedavileri öncesinde yıllık relaps, hospitalizasyon sayıları yıllık işlevsellik durumu

Hastaların GH tedavileri öncesindeki beş yıllık verileri incelendiğinde yıllık ortalama relaps ve hospitalizasyon sayıları ve yıllık ortalama İGDÖ puanları açısından yıllar arasında belirgin bir fark olmadığı görülmektedir. Bu da bu değişkenlerin yıllık ağırlıklı ortalamalarının GH öncesi beş yıllık dönemi yansıttığını görmek açısından önemlidir.

GH tedavileri öncesi hakkında bilgi veren tablolar incelendiğinde yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalamasının ,58 ,yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalamasının ,47 olduğu görülmektedir. Yıllık İGDÖ puanı ağırlıklı ortalamasının ise 47,95 olduğu görülmektedir. Yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması ve yıllık hospi-

talizasyon sayısı ağırlıklı ortalamasının sayısal değerlerinin birbirine yakınlığı dikkat çekicidir. Bu sayıların birbirine bu kadar yakınlığı hastanın her relaps durumunda hospitalize edildiğini düşündürmektedir. Yıllık İGDÖ puanı ağırlıklı ortalamasının 47,95 olması da bu hastalarda ağır semptomlar ya da toplumsal mesleki işlevsellikte ciddi bir bozukluk olduğunu düşündürmektedir. GH'ne yattıklarında işlevselliklerinin uzun süredir bu düzeyde olduğu göz önüne alınınca GH hastalarının tedavisi güç hastalar olduğu söylenebilir.

3-GH tedavileri sonrasında yıllık relaps, hospitalizasyon sayıları yıllık işlevsellik durumu

Hastaların GH tedavileri sonrasındaki beş yıllık verileri incelendiğinde yıllık ortalama relaps ve hospitalizasyon sayıları ve yıllık ortalama İGDÖ puanları açısından yıllar arasında belirgin bir fark olmadığı görülmektedir. Bu da bu değişkenlerin yıllık ağırlıklı ortalamalarının GH sonrası beş yıllık dönemi yansıttığını görmek açısından önemlidir.

GH tedavileri sonrası hakkında bilgi veren tablolar incelendiğinde yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalamasının,17, yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalamasının ,09 olduğu görülmektedir. Yıllık İGDÖ puanı ağırlıklı ortalamasının ise 56,05 olduğu görülmektedir. GH tedavileri öncesinde işlevsellik düzeyleri uzun süre 45 civarında gitmiş hastaların GH tedavileri sonrasında 10 puan kadar artıp 55 puana ulaşmış olması oldukça önemli bir sonuçtur.

Yıllık relaps sayısı ağırlıklı ortalaması ve yıllık hospitalizasyon sayısı ağırlıklı ortalaması sayısal değerlerine bakıldığında hospitalizasyonla ilgili sayısal değerlerin relapsla ilgili sayısal değerlerin yarısı kadar olduğu görülmektedir. Bu

da hastaların her relapsda hospitalize edilmele-
rinin gerekmediğini, relaps olsa dahi işlevsellik-
lerinin hastaneye yatmayı gerektirecek kadar
düşmediğini ve hastaneye yatmadan ayaktan
relaps sürecini geçirebildiklerini düşündürmek-
tedir.

İlk hipotezimiz GH tedavilerinin relapsı
azalttığı şeklindeydi. Bulgularımızdan GH
tedavilerinin relapsı azalttığı anlaşılmaktadır.
Şizofrenide her relapsın kişilikte yıkım riskini
arttırdığı bilinmektedir. Şizofrenide düzelmeler
genellikle remisyon olarak adlandırılır, çünkü
hastaların çoğunda bir süre sonra relaps
gözlenir. Hastalar tekrar düzelseler de şizofreni
ataklarının her birinin kişiliğe kalıcı hasarlar ver-
mesi ihtimali oldukça yüksektir (Sadock 2000).
Bu nedenle GH tedavilerinin yıllık ortalama
relaps sayılarını azaltması çok önemlidir.

Hastanın ilaç tedavisine uyumu ne kadar
bozursa relaps riski o kadar fazladır. Ailede
duygu dışavurumun fazla olması ve sosyal ve
psikolojik zorlanmalar relaps riskini arttıran
diğer etmenlerdir (Sadock 2000).

GH tedavileri sonrasında yıllık ortalama
relaps sayısındaki azalma GH tedavilerinin
bütüncül yaklaşımına bağlıdır. Hastaların ilaca
uyumunu artırıcı yaklaşımlarımızın, ailelerle
çalışmamızın ve hastaların ego gelişimlerine
yardımcı olarak sosyal ve psikolojik zorlan-
malarla başa çıkma becerilerini geliştirmemizin
relapsı azalttığını düşünebiliriz .

İkinci hipotezimiz GH tedavilerinin hospita-
lizasyonu azalttığı şeklindeydi. Bulgularımızdan
GH tedavilerinin hospitalizasyonu azalttığı
anlaşılmaktadır. Günümüz psikiyatrisinde
şizofren hastaların kendi aile ve toplumsal
ortamlarında tedavi edilmelerinin çok daha
olumlu rol oynadığı bilinmektedir.

Hospitalizasyon şizofren hastanın regresy-
ona olan eğilimini arttırmaktadır. Bunun sebebi
hastane ortamındaki uyaran azlığıdır. Uzun
sürelili yatışlarda büyük bir hasta grubundaki
birey kimliğini kaybedebilir, kendine bakımı tüm-
den azalabilir, günlük rutinlerini unutabilir.
Hastane ortamında hastadaki büyüme ve
gelişme yönündeki latent isteği ortaya çıkaracak
etmenler bulunmayabili r (Wolberg 1986).
Hastaneye yatışların damgalanma sorununu da
beraberinde getirdiği unutulmamalıdır (Güney
1999).

GH, hastaları ailelerinden ve sosyal
çevrelerinden ayırmadan tedavi etmekte ve bu
sayede hastaları hospitalizasyonun yukarıda
bahsedilen etkilerinden korumaktadır. Bu da GH
tedavilerinin koruyucu psikiyatrideki yerini ve
önemi göstermektedir (Sayıl 2000).

Üçüncü hipotezimiz GH tedavilerinin işlev-
selliği arttırdığı yönündeydi. Bulgularımızdan
GH tedavilerinin işlevselliği arttırdığı anlaşılmak-
tadır. GH tedavileri öncesinde ortalama İGDÖ
puanlarının 45 civarında olduğu GH tedavileri
sonrasında ise 55 civarında olduğu görülmekte-
dir. İGDÖ'nde 41-50 puan arası ağır semptom-
ları olan ya da toplumsal, mesleki işlevsellikte
ciddi bir bozukluğu olan hastaları tanımlamak-
tadır. 51-60 puan arası ise orta derecede semp-
tomları olan ya da toplumsal mesleki işlevsellik-
te orta derecede zorluğu olan hastaları tanımla-
maktadır. GH tedavilerinin işlevsellikte sağladığı
artış, semptomların azalması yanında hastanın
sosyal iletişim kurma becerilerindeki artışa
bağlanabilir (Semptomların ayrıntılı olarak
değerlendirilememiş olması bu çalışmada
önemli bir sınırlayıcıdır.).

GH tedavileri öncesi hastaların İGDÖ
puanlarının 45 civarında olması GH'ne yatan
hastaların tedavisinde zorlanılan hastalar

olduğunu düşündürmektedir. İGDÖ puanlarının beş senedir bu düzeyde olması hastaların beş senelerini işlevsellikleri ciddi derecede bozuk olarak geçirdiklerini göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma ile ilgili sonuçları kısaca şu maddelerle özetleyebiliriz:

a-GH tedavileri relaps ve hospitalizasyonu azaltmakta dolayısıyla relaps ve hospitalizasyonun hasta üzerindeki yıkıcı etkilerini azaltmaktadır. Relaps sayısındaki azalmayı GH tedavilerinin kazandırdığı ilaç kullanma becerilerine ailelere verilen psikoeğitimin yararlı olmasına ve hastaların GH tedavileri sayesinde sosyal ve psikolojik zorlanmalarla başa çıkma becerilerinin gelişmiş olmasına bağlamak yanlış olmaz.

b-GH'ne yatmış olan hastaların GH'ne yattıklarında işlevselliklerinde ciddi bir bozukluk olmasına rağmen hepsi GH tedavilerinden fayda görmüş ve işlevselliklerinde kayda değer bir yükselme olmuştur.

c-Hastaların GH tedavileriyle kazandıkları beceriler kısa sürede ortadan kaybolmaz, GH tedavilerinin özellikle relapstan koruyucu etkisi tedaviyi takibeden yıllarda devam etmektedir. İşlevsellik GH tedavilerinin işlevselliği yükselttiği noktadan aşağı doğru gerilememektedir.

Bu çalışma GH'ne yatmış olan hastaların GH öncesindeki ve sonrasındaki beşer yıllık dönemleri hakkında bilgi veriyor ve GH tedavilerinin etkinliği hakkında fikir veriyor olmakla birlikte GH'ne yatmış hastaların semptomatolojisi hakkında ayrıntılı bilgi verememektedir. GH hastalarına kontrol grubu olabilecek bir hasta grubu oluşturmak mümkün olmamıştır, bu nedenle GH etkinliğini değerlendirmek için hastaların GH öncesi ve sonrası durumları karşılaştırılmıştır.

Bu çalışmada akla şu sorular gelmektedir: "Acaba bu hastalar GH 'ne gelmemiş olsalardı işlevsellikleri daha da düşecek miydi, aynı mı kalacaktı yoksa artacak mıydı? İşlevsellikte artma olsa bile GH tedavilerinin sağladığı artış kadar yüksek olacak mıydı? Relaps ve hospitalizasyon sayıları ne olacaktı? Bu araştırmaya alınan hastaların hepsi GH tedavileri öncesinde klasik antipsikotik kullanmış hastalardır ve klasik antipsikotiklerin nörobilişsel yan etkileri olduğu bilinmektedir, acaba GH tedavileri öncesinde hastalığın başından beri atipik antipsikotik kullanan hastaların psikososyal tedavilerden daha fazla faydalanma şansı var mıdır? Semptomatolojiye göre bizim kullandığımız yaklaşımlardan daha faydalı ve çabuk etkili psikososyal yaklaşım metodları kullanılabilir mi?". Bu gibi sorulara cevap verebilmek açısından yeni araştırmalar gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Shultz S.K., Andreasen N., Schizophrenia
Lanset 1999; 353:1425-30.

Gelder M.,Gath D.,Mayou R.,Cowen P.,Oxford
Textbook of Psychiatry 3rd Edition Oxford University
Press 1996.

Sadock B.J.,Sadock V.A., (ed.)Kaplan &
Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th
Edition Lippincott Williams & Wilkins 2000.

Kane J.M., Marder S.R., Psychopharmacologic
treatment of schizophrenia Schizophr. Bull. 1993;
19:287-302 .

Liberman RP, Foy D.W., Psychiatric
Rehabilitation for chronic mental patients Psychiatr
Annals 1983:113-539-545.

Marder S.R., Integrating pharmacological and
psychosocial treatments for schizophrenia Acta
Psychiatr Scand.2000 (Suppl.407): 87-90.

Kaplan H.I., Sadock B.J.,(ed.) Kaplan &
Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 6th
Edition Lippincott Williams & Wilkins 2000.

Güney M.,Psikososyal Rehabilitasyon,6. Sosyal
Psikiyatri Sempozyumu'nda sunulan basılmamış kon-
ferans,27-30 Ekim Kapadokya-Nevşehir, 1999.

Wolberg L.R, (e.d) The Technique of
Psychoterapy, Harcourt Brace Jovanovich Publishers
1988.

Sayı I.,Sosyal Psikiyatri 567-573 Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları Ed.Sayı I.,Yard.Ed.Özgüven H.D.,
A.Ü.T.F Antip A.Ş Yayınları Ankara-2000.

Yazışma Adresi:

Mustafa Kendi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Psikiyatri Anabilim Dalı

Dikimevi / Ankara

Tel: 0 312 362 30 30 / 70 83

e-mail: drmustafakendi@yahoo.com