

Şizofrenik Hastalara Uygulanan Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının Yaşam Kalitesine Etkisi

Şenay Akpınar¹, Meral Kelleci²

¹Dr., Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü Erzincan, ²Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Sivas

ÖZET

Amaç: Araştırma, sorun çözme becerilerini geliştirme programının şizofrenik bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini, Sivas il merkezinde oturan, araştırmaya katılmayı kabul eden, yaş, cinsiyet ve hastalık belirtileri açısından benzer özellikler gösteren 30 hasta (15 deney, 15 kontrol grubu) oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BRIEF-TR) kullanılarak elde edilmiştir. Deney grubuna 6 hafta boyunca haftada 1 gün ortalama 1 saat süreyle sorun çözme becerilerini geliştirme programı (SÇBGP) uygulanmış ve uygulama tamamlandıktan sonra ve 3 ay sonrasında her iki gruptaki hastalara WHOQOL-BRIEF-TR tekrar uygulanmıştır. İstatistiksel analizlerde Ki-kare Testi, Friedman Testi, Mann-Whitney U testi ve Wilcoxon Testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Deney grubundaki hastaların WHOQOL-BRIEF-TR ruhsal alan, çevresel alan ve genel sağlık alan puanlarında anlamlı bir yükselme ($p<0.05$), sosyal alan, fiziksel alan ve kültürel alanda ise anlamlı bir değişikliğin olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların WHOQOL-BRIEF-TR puanlarında ise uygulama öncesine göre uygulama sonrasında ölçümlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). **Sonuç:** Uygulanan 6 haftalık Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programı ile şizofrenik bireylerin yaşam kalitesi düzeylerinin yükseldiği belirlenmiştir. Buna göre Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının ayaktan izlenen şizofrenik hastaların yaşam kalitelerini geliştirmek için kullanılabilirliği söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, sorun çözme, yaşam kalitesi.

(*Klinik Psikiyatri 2008;11:180-190*)

SUMMARY

The Effects of Problem Solving Skills of Development Program on Quality of Life in Schizophrenia

Objective: This research was done experimentally to determine the effects of Problem Solving Skills of Development Program for the individuals with schizophrenic disorder on their quality of life. **Method:** The sample of the study was 30 patients (15 experimental, 15 control group) who have similar characteristics in terms of sex, age and disorder; and also accepted to involve in this research. Data was gathered through Personal Information Questionary and Quality of Life Scale (WHOQOL-BRIEF-TR). Experimental group was exposed to problem solving program average one hour a day of the week, for six weeks. After this process and three months later, both groups were given the WHOQOL-BRIEF-TR. To analysis data chi square test, Friedman Test, Mann-Whitney U Test and Wilcoxon Test were applied. **Results:** For the experiment group patients, WHOQOL-BRIEF-TR mental, environmental and general health field scores, there was a significant increase ($p<0.05$), yet no meaningful change in the social, physical and cultural fields. However, there was not a significant difference in the scores of control group patients before and after the application (of the program) ($p>0.05$). **Conclusions:** With this Problem Solving Skills of Development Program applied for six weeks, it was determined that their life quality levels increased. Therefore we can say that Problem Solving Skills of Development Program can be applied to the schizophrenic patients who take an ambulatory treatment to increase these patients' quality of life.

Key Words: Schizophrenia, problem solving, quality of life.

GİRİŞ

Şizofreni, nedeni iyi bilinmeyen, insanın duygu, düşünce ve davranışlarında önemli bozukluklarla seyreden, bireyin kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısını büyük ölçüde etkileyen, beynin yapısında, fizyoloji ve kimyasında ciddi değişikliklerin olduğu kompleks bir hastalıktır (Öztürk 2004). Şizofrenide görülen birçok belirti, hastaların çeşitli yaşam alanlarının da olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır. Pozitif belirtiler (delüzyonlar, halüsinasyonlar, dezorganize konuşma, katotoni), negatif belirtiler (duygusal küntlük, alogia, avoliation, anhedoni, sosyal çekilme), komorbid durumlar (mood bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, anksiyete, agresyon) ve bilişsel yetersizlikler (dikkat, hafıza, yönetsel işlevler) hastada kendine bakımın, psikososyal işlevselliğin ve yaşam kalitesinin belirgin olarak azalmasına neden olmaktadır (Takahashi ve ark. 2005).

Yaşam kalitesi, bireyin temel gereksinimlerinin, toplumsal beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu olanaklardan yararlanması olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesinin bileşenleri, bireyin fiziksel sağlık durumu, uyum yetisi, psikolojik durumu/iyilik hali, toplumsal etkileşimleri ve ekonomik durumudur (Katschnig 2000). Şizofreni hastalarının pozitif ve negatif belirtilerin varlığı, kronik bir gidişin olması, damgalanma, anksiyete, depresyon, ilaç yan etkileri nedeniyle yaşam kalitelerinin düşük olduğu vurgulanmıştır (Eren ve ark. 2007, Katsching 2000, Matsui ve ark. 2008, Medalia ve ark. 2002, Soygür 2003). Bu hastaların çoğu sosyal izolasyon, öz bakım yetersizliği, özkıym düşüncesi ve depresyonla karşı karşıyadır (Özcüler 2004). Şizofrenik bozukluğu olan birçok hasta, hastalığın sosyal işlev görmeyi bozması nedeniyle çalışmamakta, aile kuramamakta, dolayısıyla bağımlı bir aile üyesi olarak yaşamakta, diğer insanlardan farklı davrandıkları ve göründükleri için toplumdan dışlanmakta ve izole edilmekte, başarısızlık korkusu ile çekingen davranmakta, karşılaştıkları sorunları çözmekte zorlanmakta ve yalnızlık yaşamaktadır (Bora ve ark. 2006, Soygür 2003). Yeterli bakım ve tedaviyi göremediklerinde ise şizofrenik hastalar, genel olarak çevreye bağımlı, kendine bakım becerileri azalmış ve çevresel etkilere açık, hastalık tekrarına yatkın ve günlük yaşa-

ma uyum için gerekli olan becerilerini kullanamaz olarak yaşantılarını sürdürmektedirler (Norman ve ark. 2000).

Tek başına ilaç tedavisi uygulamalarının şizofrenik bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini bozan tekrarlamaları önlemede yetersiz kaldığı bilinmektedir (Doğan ve ark. 2002, Hogarty ve ark. 2004). Ayrıca ilaç tedavisi şizofrenik bireyin topluma yeniden uyumunu sağlamada, kişilerarası ilişkilerini geliştirmede ve öz bakım aktivitelerini arttırmada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların tedavinin vazgeçilmez bir unsuru olduğu, ancak ilaç tedavisinin sosyal destek programları, beceri eğitimi ve çeşitli psikososyal yaklaşım programları ile birlikte ele alınmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır (Gaite ve ark. 2002, Medalia ve ark. 2000, Pinikhana ve ark. 2002).

Sorun çözme becerilerini geliştirme programı psikososyal yaklaşım programlarından birisidir (D'Zurilla 1988, Nezu ve Ronan 1988, Fossati ve ark. 2001). Yapılan çalışmalarda da şizofreni hastalarının bilişsel işlevlerinde azalma olduğu, toplumsal statülerinin olumsuz yönde etkilendiği ve bu bireylerin sorun çözme becerilerinin geliştirilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (Revheim ve Medalia 2004, Revheim ve ark. 2006). Şizofreni hastalarına ve diğer önemli ruhsal bozuklukları olan hastalara sorun çözme ve iletişim becerileri kazandırmayı amaçlayan bazı çalışmalarda, tekrarlı yatışların azaldığı, baş etme stratejilerinin geliştiği, belirtilerde azalma ile birlikte olumlu gelişmelerin yaşandığı belirtilmektedir (Bedel ve ark. 1999, Chadwick ve Lowe 1994, Revheim ve Medalia 2004, Üçok ve ark. 2006, Tarrier ve ark. 1998). Ancak sorun çözme becerilerini geliştirmenin şizofreni hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemeye yönelik çalışmalara rastlanmamıştır. Oysaki şizofrenik bozukluğu olan bireylerin sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi ile bireylerin sosyal becerileri artabilir, karşılaştıkları günlük sorunları çözme konusunda kendine olan güven gelişebilir, bireyin işe yarama duygusunu yaşayabilir ve bu yolla yaşam kalitesi gelişebilir. Bilindiği gibi yaşam kalitesinin fiziksel, ruhsal, sosyal, çevresel ve kültürel boyutları bulunmaktadır. Dolayısıyla bu boyutlarda hastanın iyilik halinin sağlanmasında sorun çözme becerilerini

geliştirmenin önemli bir etkisi olabilir. Diğer taraftan şizofrenik bireylerin bilişsel yetileri bozulmaktadır (Pinikahana ve ark. 2002). Sorun çözme becerisi de bilişsel alanlarla ilgili bir faaliyettir. Şizofrenik bireyler sorun alanlarını belirlemede ve çeşitli alternatifleri belirlemede güçlük yaşamaktadırlar (Matsui ve ark. 2008). Bu bireylere sorunlarını belirleme, sorunun çözümü için gerekli olan kaynakları görebilme ve çözüme karar verme gibi etkinliklerde sistematik bir yolun öğretilmesi ve bireylerin öğrendikleri bilgileri uygulamaya geçirmeleri onların yaşam kalitesinin artmasını sağlayabilir. Yapılan bir çalışmada da toplumsal destek programları ile tedavileri toplum içinde sürdürülen hastaların yaşam niteliği, kurumlarda tedavi edilen hastalarinkinden daha iyi bulunmuştur (Katschnig 2000). Sorun çözme becerilerini geliştirme programının ayaktan izlenen, ilaç tedavisine uyan hastalara uygulanması onların öğrendikleri bilgileri günlük yaşamlarında hemen uygulama imkanı verebilir. Bu nedenle bu çalışmada ayaktan izlenen şizofreni hastalarına uygulanan sorun çözme becerilerini geliştirme programının yaşam kalitesine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli

Araştırma, şizofreni hastalarına uygulanan sorun çözme becerilerini geliştirme programının yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel (ön test-son test, kontrol grubu) olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, 01 Aralık 1992- 01 Temmuz 2006 tarihleri arasında psikiyatri kliniğinde şizofreni tanısı ile yatıp taburcu olduktan sonra ayaktan takip edilen, araştırmanın işleme-dışlama kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, yaş, cinsiyet ve hastalık belirtileri açısından benzer özellikler gösteren 30 (15 deney, 15 kontrol grubu) hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın İşleme Kriterleri

- 18-60 yaş grubunda,
- En az ortaokul mezunu,

- Düzenli ilaç kullanan,
- Düzenli poliklinik kontrolüne gelen,
- Hastalık belirtileri benzer özellik gösteren,
- Sivas il merkezinde oturan,

Psikiyatri polikliniği ve klinikte yatan hastalara ait kayıtlar incelenerek il içinde oturan ve adresleri belirlenen şizofren hastaların sayısı 59 olarak tespit edilmiştir.

Belirlenen 59 hastadan;

- Adresleri belirlenen 9 hastanın verilen adreste oturmadığı belirlenmiştir.
- 4 hastanın şehir dışında olduğu belirlenmiş (1 hastanın Ankara'da hastanede yattığı belirlenmiştir.),
- 16 hasta ise çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir.

Gruplar yaş, cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı ve remisyonda kalma süresi açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve benzer özellikler gösterdikleri görülmektedir ($p>0.05$).

Araştırmanın Hipotezleri

I. Sorun çözme programı uygulanan şizofreni hastalarıyla program uygulanmayan hastaların yaşam kalitesi (WHOQOL-BREF) puanları arasında fark vardır.

II. Sorun çözme programı uygulanan şizofreni hastalarının program öncesi ile program sonrası yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.

Veri Toplama Formları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form, hastaların sosyodemografik özelliklerini, hastalığın ve tedavinin seyrine ilişkin bilgileri elde etmek amacıyla hazırlanmıştır.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR): DSÖ 1980'den beri yaşam kalitesini ölçme ve değerlendirme için çalışmalar yapmaktadır. Bu amaçla kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmaya olanak veren geniş kapsamlı bir yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmiştir. Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucunda

Tablo 1. Örneklem grubunun özellikleri

Özellikler	Deney Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	p
Yaş			
35 yaş ve altı	9 (60)	7 (46.7)	p=0.397
36 yaş ve üzeri	6 (40)	8 (53.3)	
Medeni Durum			
Evli	5 (33.3)	5 (33.3)	p=1.000
Bekar	10 (66.7)	10 (66.7)	
Eğitim Durumu			
İlköğretim	6 (40)	3 (20)	p=0.232
Lise ve yükseköğretim	9 (60)	12 (80)	
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	2 (13.3)	5 (33.3)	p=0.195
Çalışmıyor	13 (86.7)	10 (66.7)	
Ekonomik Durumu			
Düşük	3 (20)	3 (20)	p=1.000
Orta	12 (80)	12 (80)	
Aile Yapısı			
Çekirdek aile	12 (80)	11 (73.3)	p=0.666
Geniş Aile	3 (20)	4 (26.7)	
Hastalık Süresi			
1-5 yıl	4 (26.7)	4 (26.7)	p=0.693
6-10yıl	7 (46.6)	5 (33.3)	
11 yıl ve ↑	4 (26.7)	6 (40.0)	
Hastaneye Yatış Sayısı			
1-5	12 (80)	11 (73.3)	p=0.593
6 ve üzeri	3 (20)	4 (26.7)	
Remisyonda Kaldığı Süre			
6-23 ay	7 (46.6)	2 (13.3)	p=0.137
24-47 ay	4 (26.7)	3 (20.0)	
48 ve üzeri	4 (26.7)	10 (66.7)	

100 soruluk WHOQOL-100 ve bunlardan seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BRIEF-TR oluşturulmuştur. WHOQOL-BRIEF-TR'in ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fidaner ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır.

WHOQOL-BRIEF-TR, birisi genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soru ile birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BRIEF-TR 27 sorudan oluşmaktadır.

Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmiştir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, psikolojik, sosyal çevre ve ulusal çevre alan puanlarında, puan yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir. Ölçek kendini değerlendirme amaçlıdır, kendi bildirim (Self-report) ölçeğidir.

3,4,26 ve 27. sorular olumsuz sorulardır. Bu nedenle bu sorulara verilen cevapların puanları olumlu sorular ile aynı yönde skor hesaplamak için 62'den çıkarılarak ham puan hesaplanır. Golbal skor için çevre alanındaki 7 sorunun toplam puanı alınarak 7'ye bölünür (Fidaner ve ark. 1999). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach's alpha kat sayısı 0.87 bulunmuştur.

WHOQOL-BRIEF-TR alt ölçekleri ve her alt ölçeği kapsayan sorular aşağıda verilmiştir.

Alanlar Sorular

Fiziksel alan 3,4,10,15,16,17,18

Ruhsal Alan 5,6,7,11,19,26

Sosyal Alan 20,21,22

Çevre Alanı 8,9,12,13,14,23,24,25

Kültürel Alan 8,9,12,13,14,23,24,25,27

Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programı

Sorun çözme becerilerini geliştirme programı yapılandırılmış bir programdır. Genellikle 6 seans olarak uygulanması önerilmekte, seans sürelerinin 30-60 dakika arasında olabileceği ve gereksinime göre süre ve seansların artırılabilirliği belirtilmektedir (D'Zurilla 1988, Heinssen 2000, Miller 1989, Nezu ve Ronan 1988). Program 5 aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar: 1- Uygulama ve gerekçelerin açıklanması (sorunun tanımlanması ve sınıflandırılması, örnek durum içinden sorunun bulunması), 2- Ulaşılabilir amaçların seçimi (örnek durum üzerinden çözüm belirlenmesi, Çözümlerin üretilmesi, örnek durum üzerinden çözüm üretilmesi), 3- Çözümün avantaj ve dezavantajlarının belirlenmesi (örnek durum üzerinden avantaj ve dezavantajların belirlenmesi), 4- Çözümlerin uygulanması (rol oynama yöntemi ile uygulamanın yapılması), 5- Uygulamaların sonuçlarının değerlendirilmesi (örnek durum üzerinden sonucun tartışılması).

Programın genel içeriği ilk oturumda deney gruplarına power-point sunumuyla anlatılmış ve daha sonraki aşamalarda her bir oturuma araştırmacı tarafından şizofreni hastalarının sıklıkla yaşayabilecekleri sorunların yer aldığı vakalarla uygulama yapılmıştır. Hastalardan, kendilerine verilen vakanın verilerini sıralamaları ve adım adım sorunu bulmaları ve çözüm önerileri geliştirmeleri istenmiştir. Son olarak belirlenen sorunlarına yönelik çözüm önerileri rol oynama yöntemiyle canlandırılmıştır.

Uygulama

Çalışmada önce araştırmacı tarafından hastanenin arşiv kayıtlarından şizofreni hastalarının dosyaları incelenerek, hastalara ait bilgiler kriterlere uygunluk yönünden değerlendirilmiştir. Kriterlere uygun olan bireylerin adresleri ve telefon numaraları tespit edilmiştir. Hastalar ile telefon görüşmesi yapılarak randevu alınmıştır. Ev ziyareti yapılarak hasta ve hasta ailesine araştırmanın amacı, şekli ve önemi ile ilgili bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul edip etmeyecekleri sorulmuştur. Araştırmayı kabul eden hastalara kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Sorun çözme becerilerini geliştirme programının uygulaması, deney grubundaki tüm hastalar için Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde psikoterapi uygulaması için ayrılan bir bölümünde, belirlenen günlerde grup halinde yapılmıştır.

Araştırmaya alınan deney ve kontrol grubuna alınan tüm hastalara programa başlamadan önce, WHOQOL-BREF-TR uygulanmıştır. Deney grubu Yalom (1992) tarafından belirlenen grup dinamikleri kurallarına göre oluşturulmuştur. Kapalı grup yöntemi ile devam etmiş olan deney grubunu 15 hasta oluşturmuştur. Program deney grubuna altı hafta süreyle uygulanmıştır. Hastaların ulaşım giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Uygulamadan bir gün önce araştırmacı deney grubundaki hastaları evlerinden telefonla arayarak gruba devam etmenin önemi konusunda açıklama yapmıştır. Ölçek uygulama bitiminde ve 3 ay sonra deney ve kontrol grubuna tekrar uygulanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada istatistiksel analiz olarak hastaların

Tablo 2. Deney grubundaki hastaların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve 3 ay sonra WHOQOL-BRIEF-TR alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması

WHOQOL- BRIEF-TR Alt Grupları	Uygulama Öncesi X±SD	Uygulama Sonrası X±SD	Uygulamadan 3 ay sonra X±SD	x ² *	p
Fiziksel Alan	14.73 ± 1.94	15.13 ± 1.88	14.06 ± 1.16	4.13	0.126
Ruhsal Alan	8.06 ± 1.27	14.66 ± 2.09	13.66 ± 2.35	20.94	0.000
Sosyal Alan	7.80 ± 1.69	13.46 ± 3.33	12.46 ± 3.06	21.79	0.000
Çevresel Alan	8.60 ± 0.63	15.00 ± 1.25	14.20 ± 1.42	23.01	0.000
Kültürel Alan	13.86 ± 1.06	13.93 ± 1.03	13.86 ± 1.06	0.66	0.710
Genel Sağlık	6.46 ± 2.35	7.53 ± 1.88	7.53 ± 1.80	7.84	0.020

*: Friedman x²

tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi, deney ve kontrol grubuna ait ölçek puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmede Mann - Whitney U Testi, aynı grubun uygulama öncesi ve sonrasındaki ölçek puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmede Friedman Testi ve Friedman testi sonucunda anlamlı çıkan sonuçların hangi ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için Wilcoxon Testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Tablo 2'de görüldüğü gibi, WHOQOL-BRIEF-TR fiziksel ve kültürel alan alt grup uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonrası ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0.05). Hastaların WHOQOL-BRIEF-TR ruhsal alan, sosyal alan, çevresel alan ve genel sağlık alanı ortalama puanları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır. Ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan için bulunan bu farkın hangi ölçüm grubundan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizde (Wilcoxon Testi) uygulama öncesi-uygulama sonrası ve uygulama öncesi-uygulamadan 3 ay sonraki ölçümler arasında fark bulunmuştur (p<0.05). Genel sağlık alanı için ise bulunan bu farkın uygulama öncesi-uygulama sonrasındaki ölçüm arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir (z=2.648, p=0.008).

Tablo 3'de görüldüğü gibi kontrol grubundaki

hastaların WHOQOL-BRIEF-TR fiziksel, ruhsal, sosyal, çevresel, kültürel alan ve genel sağlık alt grup uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonrası ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0.05).

Tablo 4'de görüldüğü gibi uygulama öncesinde deney ve kontrol grubunun WHOQOL-BRIEF-TR alt grup puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Uygulama sonrasında deney ve kontrol grubu WHOQOL-BRIEF-TR alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında ruhsal alan, çevresel alan ve genel sağlık alanı alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Uygulamadan 3 ay sonra ise yine ruhsal alan, çevresel alan ve genel sağlık alanı alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Uygulama sonrası ve 3 ay sonrasında deney ve kontrol grubunun fiziksel, sosyal ve kültürel alan alt grup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (p>0.05).

TARTIŞMA

Yaşam kalitesi, kişinin fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel anlamda temel ihtiyaçlarının karşılanması ve bireysel iyilik halini ifade etmektedir (Pinikahana ve ark. 2002, Soygür 2003). Şizofreni tedavisinin ana amacı şizofreni belirtilerinin azaltılmasından ve yinelemeleri önlemeden

Tablo 3. Kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve 3 ay sonra WHOQOL-BRIEF-TR alt grup puan ortalamalarının karşılaştırılması

WHOQOL-BRIEF-TR Alt Grupları	Uygulama Öncesi X±SD	Uygulama Sonrası X±SD	Uygulamadan 3 ay sonra X±SD	x2*	p
Fiziksel Alan	14.80 ± 2.14	14.40 ± 2.06	14.13 ± 2.50	0.51	0.775
Ruhsal Alan	7.66 ± 1.39	7.40 ± 1.12	7.40 ± 0.91	0.150	0.928
Sosyal Alan	7.40 ± 1.63	7.40 ± 0.82	7.26 ± 0.96	0.553	0.758
Çevresel Alan	10.00 ± 4.14	9.60 ± 3.31	9.06 ± 3.97	0.666	0.717
Kültürel Alan	14.53 ± 2.29	14.06 ± 3.01	14.13 ± 2.85	2.000	0.368
Genel Sağlık	6.26 ± 1.90	5.80 ± 2.30	5.40 ± 1.18	5.69	0.058

*: Friedman x2

öte hastanın tam olarak iyileşmesine ve yaşam kalitesinin optimizasyonuna doğru yönelmektedir (Bobes ve ark. 2005, Katsching 2000).

Bu çalışmada sorun çözme becerilerini geliştirme programı uygulanan şizofreni hastalarının WHOQOL-BRIEF-TR yaşam kalitesi ölçeğine göre ruhsal, çevresel ve genel sağlık boyutlarda bir gelişme olduğu, fiziksel ve kültürel alanlarda ise bir değişimin olmadığı saptanmıştır. Sosyal alanda ise deney grubunun ölçümleri arasında fark olduğu ancak kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bir değişimin olmadığı görülmüştür. Doğan ve ark.'nın (2002) ayaktan takip edilen şizofreni hastaları için uygulanan psikososyal yaklaşım çalışmasında uygulama sonrasında hastaların WHOQOL-BRIEF-TR puan ortalamalarında anlamlı düzeyde bir artış olduğu belirlenmiştir. Literatürde şizofrenik bireylerin yaşam kalitesinin normal bireyler ve sadece bedensel hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinden daha düşük olduğu belirtilmektedir (Pinikhana 2002, Eren ve ark. 2007, Franz ve ark. 2000, Gorna ve ark. 2008). Ancak rehabilitasyon programları uygulanan şizofreni hastalarının programdan sonra yaşam kalitelerinin olumlu düzeyde arttığı vurgulanmaktadır (Herz ve ark. 2000, Heinssen ve ark. 2000, Zimmer ve ark. 2007).

Çalışmalar psikososyal rehabilitasyon programlarının şizofrenik bireylerin kişiler arası etkileşimlerini ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Pinikhana 2002, Doğan 2002, Üçok ve ark. 2006, Yıldız ve ark. 2005,

Zimmer ve ar. 2007). Ancak literatür incelendiğinde sorun çözme programının yaşam kalitesi üzerine etkisini doğrudan gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda 6 hafta boyunca, haftada 1 gün, ortalama 1 saat süreyle uygulanan sorun çözme programı hastaların yaşam kalitelerinde olumlu etki sağlamış ve hastaların yaşam kaliteleri yükselmiştir. Özellikle uygulanan program ruhsal alan, çevresel alan ve genel sağlık alanı puanında anlamlı bir gelişme sağlamıştır. Bununla birlikte yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel alan ve kültürel alanda sorun çözme programının anlamlı bir katkısının olmadığı görülmektedir. Fiziksel alan; çalışabilme gücü, canlılık ve bitkinlik, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, ağrı ve rahatsızlık, uyku-dinlenme gibi alanları ve kültürel alan ise bireyin kontrolü dışındaki dış faktörleri kapsamaktadır. Bu nedenle bilişsel yetilere hitap eden sorun çözme programının bu alanlarda tek başına yeterli olmadığı görülmektedir.

Çalışmamızda kontrol grubundaki hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BRIEF-TR) alt grup puan ortalamalarının uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonrası ölçümlerinde farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0.05). Deney ve kontrol grubu arasındaki bu farklılığın deney grubundaki hastalara planlı ve düzenli olarak uygulanan sorun çözme programından kaynaklandığı söylenebilir. Diğer bir ifade ile deney grubunda sorun çözme beceri eğitim prog-

Tablo 4. Deney ve kontrol grubundaki hastaların uygulama öncesi, uygulama sonrası ve 3 ay sonra değerlendirmelerinde kullanılan WOQOL-BRIEF-TR ortalamaya puanlarının karşılaştırılması

WOQOL-BRIEF Alt Grupları	Uygulama Öncesi				Uygulama Sonrası				Uygulamadan 3 ay sonra			
	Deney		Kontrol		Deney		Kontrol		Deney		Kontrol	
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
Fiziksel Alan	14.73 ± 1.94	14.80 ± 2.14	0.12	0.900	15.13 ± 1.88	14.40 ± 2.06	1.28	0.198	14.06 ± 1.16	14.13 ± 2.50	0.10	0.916
Ruhsal Alan	8.06 ± 1.27	7.66 ± 1.39	0.99	0.318	14.66 ± 2.09	7.40 ± 1.12	4.71	0.000	13.66 ± 2.35	7.40 ± 0.91	4.37	0.000
Sosyal Alan	7.80 ± 1.69	7.40 ± 1.63	1.12	0.259	13.46 ± 3.33	7.40 ± 0.82	1.27	0.202	12.46 ± 3.06	7.26 ± 0.96	0.16	0.865
Çevresel Alan	8.60 ± 0.63	10.00 ± 4.14	0.40	0.689	15.00 ± 1.25	9.60 ± 3.31	3.97	0.000	14.20 ± 1.42	9.06 ± 3.97	3.81	0.000
Kültürel Alan	13.86 ± 1.06	14.53 ± 2.29	0.79	0.427	13.93 ± 1.03	14.06 ± 3.01	0.25	0.798	13.86 ± 1.06	14.13 ± 2.85	0.38	0.701
Genel Sağlık	6.46 ± 2.35	6.26 ± 1.90	0.52	0.598	7.53 ± 1.88	5.80 ± 2.30	2.05	0.040	7.53 ± 1.80	5.40 ± 1.18	3.15	0.002

ramının olumlu etkisi oluşmuşken, kontrol grubunda böyle bir olumlu etkinin oluşmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda WHOQOL-BRIEF-TR alt grup puan ortalamaları deney ve kontrol grubundaki hastalar için karşılaştırıldığında uygulama öncesi, uygulama sonrası ve uygulamadan 3 ay sonra özellikle ruhsal alan, çevresel alan ve genel sağlık alanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan çalışmalarda psikiyatrik bozukluğu olan bireylere uygulanan sorun çözme programının hastaların bireysel baş etme yeteneğinde, psikolojik semptomlarla baş etme ve kişilerarası ilişkilerinde artmaya sebep olduğu vurgulanmaktadır (Medalia ve ark. 2000, Revheim ve ark. 2006, Miller 1989). Bu alanlar ise yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Bedel ve ark. (1998) yaptıkları bir çalışmada şizofrenik bireylerin sorun çözme becerilerinin bozuk olduğunu, bu sonucunda hastaların dikkat, sosyal davranışlar, aile üyeleri ve kişilerarası ilişkilerde bozulmaya neden olduğunu vurgulamışlardır. Dikkat, sosyal davranış, kişiler arası ilişkiler, psikolojik semptomlarla baş etme yetenekleri; WHOQOL-BRIEF-TR alt alanlarından ruhsal, çevresel ve genel sağlık alanı ile doğrudan alakalı olduğu için sorun çözme programının şizofrenik bireylerin yaşam kalitesini arttırmada etkili bir program olduğu söylenebilir.

Şizofrenide hastaların tedaviye uyumlarını artırmak, hastalıkla geçen süreyi azaltmak, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesini yükseltmek için çeşitli ruhsal ve toplumsal tedavi girişimleri uygulanmaktadır (Heinssen ve ark. 2000, Yıldız ve ark. 2005). Son yıllarda şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımların uygulanmasında ve bunların etkisiyle ilgili araştırmalarda hızlı bir artış vardır. Yeni teknikler geliştirilmekte, kontrollü çalışmalarla bunların etkinlikleri araştırılmaktadır (Aker ve Yazıcı 2000, Franz ve ark. 2000, Heinsen ve ark. 2000, Hogart ve ark. 2004, Üçok ve ark. 2002, Zimmer ve ark. 2007). Şizofrenik bozuklukların tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımlar arasında aile psikoeğitimi, bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, sosyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma programları ve bilişsel davranışçı tedaviler yer almaktadır. Hepsinde de ortak amaç hastalığın yıkıcı etkisini azaltarak hastaların

toplumsal ve bağımsız yaşamalarını sağlamaktır (Hogarty ve ark. 2004, Takahashi ve ark. 2005). Bu çalışmada kullanılan sorun çözme programı kısa ve uygulamasının kolay olması yönü ile dikkati çekebilir. Diğer uygulanan yöntemlerle karşılaştırmalı çalışmalar yapılarak etkisi daha net olarak ortaya konulabilir.

Bu çalışmada bazı sınırlılıklar mevcuttur. Bu sınırlılıklardan birisi şizofreni hastalarının sorun çözme becerilerinin herhangi bir ölçüm aracı ile ölçülmemiş olmasıdır. Bunun nedenlerinden birisi şizofrenik bireylerin sorun çözme becerilerini değerlendirmeye yönelik bir ölçüm aracına ulaşılamamış olmasıdır. Bir ölçüm aracı ile değerlendirme yapılabilse idi sorun çözme becerilerindeki gelişim daha objektif olarak gösterilebilirdi. Çalışmadaki diğer bir sınırlılık ise sorun çözme beceri eğitiminin yapılandırılmış olmasına karşın standardize olmaması ve hastaların aile özellikleri, sosyal destekleri, kişilik özellikleri gibi pek çok değişkenden etkilenemesidir. Hasta sayısının az olması ise en önemli kısıtlılıklardan biridir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sorun çözme programının yaşam kalitesi yönünden özellikle ruhsal alan, sosyal alan ve genel sağlık alanlarına olumlu yönde katkı sağladığı saptanmış ve aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Ayaktan izlenen şizofreni hastalarına düzenli olarak sorun çözme programının uygulanması,
2. Şizofreni hastalarına diğer psikososyal tedavi yöntemlerinin birlikte uygulandığı karşılaştırmalı çalışmalar yapılması,
3. Şizofrenik hastalarda sorun çözme programı uygulamasının etkileri ile ilgili özellikle klinik ortamlarda ve daha geniş örneklem ile benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Yazışma adresi: Dr. Şenay Akpınar, Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü, Erzincan, se.nay@hotmail.com

KAYNAKLAR

- Aker T, Yazıcı A (2000) Şizofrenide bilişsel-davranışçı terapi yöntemleri ve rehabilitasyon uygulamaları. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 8(4): 11-17.
- Bora E, Eryavuz A, Kayahan B ve ark. (2006) Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. *Psychiatry Res*, 145(2-3):95-103.
- Bedel J, Lennox SS, Smith AD ve ark. (1998) Evaluation of problem-solving and communication skills of persons with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 78:197-206.
- Bobes J, García-Portilla P, Sáiz PA ve ark. (2005) Quality of life measures in schizophrenia. *European Psychiatry*, 20:313-317.
- Chadwick PDS, Lowe CF (1994) A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behav Res Ther*, 32: 355-367.
- Doğan O, Doğan S, Tel H ve ark. (2002) Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(2): 69-74.
- D'Zurilla TJ (1988) Problem solving therapies. *Handbook of Cognitive Behaviour Therapies*. Guilford Publications, London, s.85-135.
- Eren İ, Şimşek D, Çalışkan AM (2007) Şizofreni hastalarında yetiyitimi ve belirti şiddetinin yaşam kalitesine etkisi. *Düşünen Adam*, 20(2):68-78.
- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark. (1999) Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BRIEF, 3P Dergisi, 7 (Ek sayı 2): 5-13.
- Fossati P, Ergis AM, Allilaire JF (2004) Problem solving abilities in unipolar depressed patients. *Psychiatry Res*, 4(2):145-56.
- Franz M, Meyer T, Reber T ve ark. (2000) The importance of social comparisons for high levels of subjective of quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality Life Research*, 9(5): 481-489.
- Gaite L, Vazquez-Barquere JL, Bora C ve ark. (2002) Beş Avrupa ülkesinde şizofrenisi olan hastalarda yaşam kalitesi: EPSILON çalışması. *Acta Psych Scand*, 105(4):283-292.
- Gor na K, Jaracz K, Rybakowski F ve ark. (2008) Determinants of objective and subjective quality of life in first-time-admission schizophrenic patients in Poland: a longitudinal study. *Qual Life Res*, 17:237-247.
- Heinssen RK, Liberman RP, Kopelowicz A (2000) Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophr Bull*, 26(1): 21-46.
- Herz MI, Lamberti JS, Mintz A (2000) A program for relapse prevention in schizophrenia. A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 57:277-283.
- Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R (2004) Şizofreni için bilişsel pekiştirme terapisi: Biliş ve davranış üzerine 2 yıllık randomize bir çalışmanın etkileri. *Arch Gen Psychiatry*, 61:866-876.
- Katschnig H (2000) Schizophrenia and Quality of Life. *Acta Psychiatr Scand*, 102(Suppl 407): 52-63.
- Matsui M, Sumiyoshi T, Arai H ve ark. (2008) Cognitive functioning related to quality of life in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology&Biological Psychiatry*, 32:280-287.
- Medalia A, Revheim N, Casey M (2002) Remediation of problem-solving skills in schizophrenia: evidence of a persistent effect. *Schizophrenia Res*, 57:165-171.
- Medalia A, Hanni D, Gans SW (2000) Treating problem-solving deficits on an acute care psychiatric inpatient unit. *Psychiatry Research*, 97:79-88.
- Miller J (1989) Problem-solving treatment. *Nursing Times*, 85(17):45-47.
- Nezu AM, Ronan GF (1988) Social problem solving as a moderator of stress related depressive symptoms: A prospective analysis. *J Clin Psychol*, 35(2):134-138.
- Norman RMG, Malla AK, McLean T ve ark. (2000) The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 102:303-309.
- Özcüler T (2004) Şizofrenik bozukluğu olan hastalarda özkıyım girişimi ve düşüncelerinin değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı. Uzmanlık tezi.
- Öztürk O (2004) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Pinikahana J, Happell B, Hope J ve ark. (2002) Quality of life schizophrenia: A review of the literature from 1995 to 2000. *Int J Mental Health Nursing*, 11: 103-111.
- Revheim N, Schechter I, Kim D ve ark. (2006) Neurocognitive and symptom correlates of daily problem-solving skills in schizophrenia. *Schizophr Res*, 83: 237-245.
- Revheim N, Medalia A (2004) Verbal memory, problem-solving skills and community status in schizophrenia. *Schizophr Res*, 68: 149-158.
- Soygür H (2003) Şizofreni ve yaşam niteliği. *Klinik Psikiyatri*, 6 Ek:1: 9-14.
- Takahashi H, Iwase M, Nakahachi T ve ark. (2005) Spatial working memory deficit correlates with disorganization symptoms and social functioning in schizophrenia. *Psychiatr Clin Neurosci*, 59: 453-460.
- Tarrier N, Tusupoff L, Kinney C ve ark. (1998) Randomized controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for clients with schizophrenia. *Br Med J*, 317(7154): 303-307.
- Üçok A, Duman ZÇ, Dişçigil A ve ark. (2006) Cognitive predictors of skill acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*, 13:1-7.
- Üçok A, Atlı H, Çetinkaya Z ve ark. (2002) Şizofreni hastalarında bütüncül yaklaşımlı grup tedavisinin yaşam kalitesine etkisi: Bir yıllık uygulama sonuçları. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 39(2-3-4): 113-118.
- Yıldız M, Yüksel AG, Erol A (2005) Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulaması / Grup eğitimi deneyimleri. *Türkiyede Psikiyatri*, 7(1): 25-31.

Zimmer M, Duncan AV, Laitano D ve ark. (2007) A twelve-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral Integrated Psychological Therapy program: positive effect on

the social functioning of schizophrenic patients. Rev Bras Psiquiatr, 29(2):140-147.