



## Olgu Sunumu

# Şizofrenili bir hastada bireyselleştirilmiş rehabilitasyon programı: Olgu sunumu

**Sibel Coşkun**

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

### Özet

Şizofreni hastalarında işlevsellikte bozulma olup, hem sosyal izolasyon, isteksizlik gibi semptomlar hem de ilaç yan etkileri yaşam kalitesini etkilemekte, bu nedenle hastaların tedavi ve rehabilitasyon sürecine, aktivite programlarına katılımı büyük önem taşımaktadır. Bu olgu sunumunda toplum ruh sağlığı merkezinde aktivite programına isteksiz bir şizofreni hastasının sorun ve gereksinimleri analiz edilmiş, aile işbirliği sağlanmış, bireye özgü planlanmış rehabilitasyon programı kapsamında ağırlıklı olarak davranışçı teknikler uygulanmıştır. 6 aylık süreç değerlendirildiğinde hastanın işlevselliği ve yaşam kalitesi artmış, semptomları azalmış, aktivitelere katılımı sağlanmıştır. Sonuç olarak, kronik ruhsal hastalıklarda rehabilitasyon programlarının bireye özgü planlanması, davranışçı yöntemlere yer verilmesi yarar sağlamaktadır. Uzmanlaşmış psikiyatri hemşireleri rehabilitasyon programlarında ve danışmanlıkta daha etkin rol alabilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Danışmanlık; davranışçı yaklaşım; olgu yönetimi; psikiyatrik rehabilitasyon; şizofreni.

### Konu hakkında bilinenler nedir?

- Psikiyatrik rehabilitasyonda her bireyin kapasite ve gereksinimleri farklı olduğundan bireyselleştirilmiş programlara gereksinim olduğu ve vaka yönetimi modelinin etkinliği bilinmektedir.

### Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

- Bu olgu sunumu rehabilitasyon sürecinde işbirliği ve motivasyon sağlanmasında zorlanan bir şizofreni hastasına psikiyatri hemşiresi tarafından uygulanan bireyselleştirilmiş müdahalelerin etkisini ortaya koymaktadır.

### Uygulamaya katkısı nedir?

- Olgu sunumunun; TRSM'lerde bireyselleştirilmiş vaka merkezli rehabilitasyon programlarının yaygınlaştırılmasında ve psikiyatri hemşirelerin bu çalışmalarda aktif rol almasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Şizofreni yeti yitimine neden olan kronik seyirli bir ruhsal hastalık olduğundan hastalarda psikotik belirtilere ek olarak; isteksizlik, sosyal izolasyon, anhedoni, enerji azlığı, özbakım yetersizliği gibi negatif belirtiler, bilişsel işlevlerde bozulmalar görülür. Günlük işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesi düşüktür.<sup>[1,2]</sup> Hastaların sağlıklı yaşam davranışları edinmesi ve

sürdürmesi zordur, fiziksel sağlık sorunları sık görülür, ayrıca tedavide kullanılan psikotrop ilaçların yan etkileri hastaların yaşamına yeni sorunlar ekleyebilir.<sup>[3,4]</sup> Dolayısı ile rehabilitasyon programında kronik ruhsal hastaların sağlığı biyopsikososyal açıdan bütüncül olarak ele alınmalıdır. Farmakolojik tedavilerin; negatif belirtiler, bilişsel işlevler ve sosyal beceri yetersizliklerinde etkinliği sınırlı olduğundan psikososyal tedaviler ile birlikte entegrasyonu gerekmektedir.<sup>[5-7]</sup>

Psikiyatrik rehabilitasyon programları; hastalık semptomlarını, oluşan yeti kayıplarını azaltmak, hastada toplumsal uyumu, günlük işlevselliği, yaşam kalitesini artırmak, baş etme becerileri ile sağlıklı yaşam davranışları kazandırmada ve nüksleri/hastaneye yatışları azaltmada büyük öneme sahiptir. Rehabilitasyon programları kapsamında; psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, yaşam becerileri eğitimi, sağlık eğitimi, aile eğitimi, uğraş tedavisi, mesleki rehabilitasyon, spor/egzersiz, eğlence gibi çalışmalara, ayrıca bireysel danışmanlık, olgu yönetimi, sanat terapisi, bilişsel rehabilitasyon, bilişsel davranışçı psikoterapiler gibi yöntemlere yer verilmektedir. Tüm bu müdahaleler uzun vadede, ruhsal hastalıkların birey aile ve topluma olan maliyet-

**İletişim:** Sibel Coşkun, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Turkey

**Tel:** +90 232 412 69 93 **E-posta:** cosibel@gmail.com **ORCID:** 0000-0002-8885-6828

**Geliş Tarihi:** 08.06.2018 **Kabul Tarihi:** 20.05.2019 **Online Yayınlanma Tarihi:** 25.06.2019

©Copyright 2019 Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Çevrimiçi: www.phdergi.org



lerini azaltmada da önemli olmaktadır.<sup>[4,6-11]</sup> Ayrıca günümüzde ruhsal hastalığı olan bireylerin özerkliğini arttırması, iyileşme ve rehabilitasyon sürecinde aktif katılımı önerilmektedir.<sup>[4,8]</sup>

Ülkemizde psikiyatrik rehabilitasyon hizmetleri toplu ruh sağlığı merkezleri (TRSM) tarafından yürütülmeye çalışılmaktadır. Fakat psikiyatrik rehabilitasyon hizmetlerinin nitelik ve niceliksel özellikleri oldukça değişken olup ruhsal hastaların bu hizmetlere erişimi ve devamını sağlamak pek çok ülkenin de ortak sorunudur.<sup>[12]</sup> Literatürde özellikle hastaların katılımını, devamlılığını ve hizmetlerin etkinliğini sağlamada zorluklardan bahsedilmekte, olgu/vaka yönetimi modeli ve bireyselleştirilmiş programlar önerilmekte, ailelerin de programa dahil edilmesinin önemi vurgulanmaktadır.<sup>[1,7,13]</sup> Her hastanın sorunları, öncelikleri, kapasitesi, motivasyonu vb birbirinden çok farklıdır ve rehabilitasyon süreci bireye özgü değerlendirme yapılarak planlanmalıdır. Özellikle kronikleşmiş, isteksizlik, enerji azlığı vb negatif belirtilerin ağırlıklı olduğu şizofreni hastalarının rehabilitasyon programına katılımda özerk olmalarını beklemek pek gerçekçi değildir, sıklıkla sürecin hasta yararına ve hasta ile planlanması, yönetilmesi gerekmektedir.<sup>[5,13-15]</sup> Bu noktada yöntem olarak öne çıkan olgu yönetimi; ruh sağlığı ekibinden bir çalışanın hastanın bireyselleştirilmiş tedavi ve bakım sürecinin yürütülmesi ve koordinasyonunda görevlendirilmesi ile sağlanmaktadır.<sup>[14]</sup> Farklı olgu yönetimi modelleri bulunmakta olup özellikle rehabilitasyon modeli ve destek modeli rehabilitasyon sürecine uygun olan modellerdir.<sup>[16]</sup> Ülkemizde de olgu yönetimi modelinin uygulanmasına yönelik çabalar mevcut olsa da bu konuda kurum ve ekiplerin eğitimi ve desteklenmesine ihtiyaç vardır. Rehabilitasyon birimlerinde bireyselleştirilmiş rehabilitasyon sürecinde; bilgisi ve danışmanlık becerileri yeterli düzeyde tercihen olgu yönetimi ve davranış tedavisi konusunda donanımlı psikiyatri hemşireleri olgu yöneticisi veya danışman olarak sorumluluk alabilmektedir. Bireyselleştirilmiş programda her hasta değerlendirilerek bireye özgü bir planlama yapılmakta, özellikle negatif belirtilerde, hastaya beceri kazandırma, işlevselliği, öz yeterliliği, sosyalizasyonu arttırmada davranışçı yaklaşım ve teknikleri yaygın kullanılmaktadır.<sup>[5,7,16-18]</sup> Davranışçı yaklaşım; temeli öğrenme kuramlarına dayanan davranış kazandırma ve değiştirme tekniklerini kapsar. Bilişsel terapi ile birlikte kullanıldığında ise şizofreni hastalarındaki içgörüyü, bilişsel işlevleri geliştirmede, pozitif belirtiler, içselleştirilmiş damgalanma, umutsuzluk ile baş etmede etkili olduğu belirtilmektedir.<sup>[19,20]</sup> Ayrıca bireyselleştirilmiş veya olgu yönetimi modeli ile uygulanan rehabilitasyon programlarının etkinliğini ortaya koyan pek çok çalışma mevcuttur, ülkemizde de tam olarak olgu yönetimi modeli özelliklerini karşılamıyor olsa da rehabilitasyon uygulamalarında bireysel danışmanlık uygulamalarına yer verildiği görülmektedir. Özellikle etkinliğin ve hastaların programa devamlılığının sağlanmasında bireyselleştirilmiş programların yaygınlaştırılmasına özellikle de olgu yönetimi modelinin kullanımına gereksinim bulunmaktadır.<sup>[5,7,10,13,14]</sup>

Bu olgu raporunda rehabilitasyon programına katılımda isteksiz olan bir şizofreni hastasında bireysel danışmanlık ile bireyselleştirilmiş rehabilitasyon programı uygulanmış ve bu

süreçte davranışçı yöntemler ağırlıklı kullanılmıştır. Hastanın rehabilitasyon programında önemli aşama kaydedilmiş olup, kronik ruhsal hastalarda bireyselleştirilmiş rehabilitasyon programlarının önemini vurgulamak amacı ile bu olgu sunumu yapılmıştır.

## Olgu Sunumu

### Özgeçmiş

Bay M olarak bahsedilecek hasta erkek ve 1975 doğumludur, İstanbul'da ailesi ile yaşamakta, çalışma deneyimi bulunmamaktadır. Çocukluk döneminde okul başarısı düşük olup 15 yaşında "Şizofreni" tanısı konmuştur, liseye devam etmemiştir. Uzun yıllardır tedavi görmekte ve iki yıldır TRSM'ye devam etmektedir. Kendisinden küçük bekar kız kardeşi ve anne baba ile birlikte aynı evde yaşamaktadır. Baba emeklidir, anne ev hanımıdır ve panik atak öyküsü bulunmaktadır.

### Klinik Durumu

Bay M'nin 5-6 kez hastane yatışı olduğu öğrenilmiştir. Klinik durumu değerlendirildiğinde; negatif belirtilerden regresyon, hareketlerde yavaşlama, konuşma içeriğinde fakirlik, isteksizlik, bilişsel işlevlerde yetersizlikler (yürütücü işlevler, dikkat, problem çözme vb) ile iletişim sorunları ön plandadır. Genel hali anksiyöz olup psikiyatrist tarafından yapılan psikiyatrik değerlendirmede eşlik eden obsesif kompulsif bozukluk belirtileri saptanmış, kısa psikiyatrik değerlendirme ölçeği puanı 55 olarak belirlenmiştir. Varsanı ve sanrı saptanmamıştır. Antipsikotik (clozapine) kullanımı devam etmektedir. Özbakım eksikliği, sözel iletişimde ve sosyal etkileşimde kısıtlılık, sosyal izolasyon, benlik saygısında düşüklük, günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik, sedanter yaşam tarzı, gereksiniminden fazla beslenme (BKI: 34) ilk aşamada belirlenen hemşirelik sorunlarıdır. TRSM merkezine devam eden Bay M'nin terapötik gruplara ve atölyelere katılımda isteksiz olması/katılmaması, katılım için sürekli yönlendirilmeye gereksinim duyulması nedeniyle, bireysel danışmanlık süreci ile bireyselleştirilmiş rehabilitasyon programı uygulanmıştır.

### Rehabilitasyon Süreci

Bay M'nin (bilişsel davranışçı psikoterapi eğitimi almış psikiyatri hemşiresi olan) bireysel danışmanı tarafından, bazı ölçekler (Tablo 2) ve Kronik Ruhsal Hasta Rehabilitasyon Formu ile öncelikle gereksinimleri belirlenmiştir. Hastanın özbakım, günlük yaşam aktivitelerinde yeterliliği ve sosyal işlevselliğini arttırmaya, sağlığını geliştirmeye yönelik kolaydan zora doğru hastanında görüşü alınarak bir planlama yapılmıştır. Bu planlamada haftada 2-3 kez destekleyici bireysel görüşmeler ve/veya bire bir beceri öğretimi/eğitimi yapılmış, davranışçı yaklaşım ve tekniklerinin ağırlıklı kullanıldığı rehabilitasyon sürecinde; ev ödevleri, sözel pekiştirme/geri bildirim, davranış çizelgeleri ve aktivite çizelgesi/planı oluşturma gibi davranışçı tekniklere yer verilmiştir. Aile eğitimi ve sağlık eğitimi, beceri öğretimi uygulanmış, grup aktivitelerine katılımı ve sosyalleşmesi ko-

**Tablo 1. Bay M'nin rehabilitasyon süreci çizelgesi**

Ay	Uygulama	İzlem/Değerlendirme
1. ay	Öz bakım sorunlarından el yıkama, diş fırçalama ve banyo öncelikle ele alındı, bilgi ve becerileri geliştirilmeye çalışıldı, ev ödevleri verildi, pekiştirme sağlandı, davranış çizelgeleri ile izlem yapıldı. Evde sorumluluk almasını desteklemek amacıyla ilave olarak yatağını toplama ödevi verildiğinde ailenin "sen karışma evin işine, sen yapamazsın" diyerek engellediği, alışveriş poşetlerini taşımak dışında Bay M'ye hiç sorumluluk verilmediği öğrenildiğinden aile ile bilgilendirme ve işbirliği amaçlı görüşme yapıldı.	Bay M'nin öz bakım becerilerini geliştirmede oldukça istekli ve işbirlikçi olduğu fakat sonrasında ailenin tepkisinin motivasyonda düşmeye neden olduğu gözlemlendi. Aile görüşmesi ile yapılan bilgilendirme sonrası aile işbirliğini, kız kardeş ise ev ödevlerinde yardımcı olmayı kabul etti. Bir danışmanın onunla özel olarak ilgilenmesinden mutlu olduğunu belirtti.
2. ay	Bay M'nin öz bakım düzeyini arttırılmaya yönelik ev ödevleri, davranış çizelgeleri ve pekiştirmelere devam edildi, ilave olarak giysi dolabını düzenleme ve yemek masası hazırlama/kaldırmaya yardım etme gibi beceriler üzerinde çalışıldı. Bu süreçte Bay M yemek yapmayı öğrenmeyi istediğinden basit yiyecekler (tost, makarna) hazırlama gibi beceriler bire bir TRSM'de uygulamalı öğretildi, öğretilen becerilerin kardeş desteği ile evde pekiştirilmesine çalışıldı. Olumlu geribildirimlere sık sık yer verildi. Bay M'nin aktivite çizelgesi yapılarak uğraş aktivitelerine (resim ve seramik), grup toplantılarına (psikoeğitim) katılımı arttırıldı, fakat fiziksel egzersiz programına katılmayı reddetti.	Bay M, evde sorumluluk alma ve ev ödevlerini yerine getirmede motivasyonu yüksekti ve olumlu geribildirimleri çok önemsiyordu. Grup aktivite ve oturumlarında etkileşimi ve performansında artış gözlemlendi. Fiziksel aktiviteyi reddetmesinin nedeni evde eşya/paket vb taşıma işlerini yapması ve kilolarının işe yaradığını düşünmesi ile ilişkilendirildi. Beceri ve işlevsellik düzeyinin artışının benlik saygısını destekleyeceği düşünüldü.
3. ay	Bay M ile günlük yaşam becerileri ve evde aldığı sorumluluklar ile işlevselliği geliştirilmeye ve olumlu geribildirimlere devam edildi. Özerkliği desteklemek için ev ödevlerini ve haftalık aktivitelerini kendisinin planlaması desteklendi. Bay M özellikle sevdiği yemekleri öğrenme konusunda öneriler sunmaya başladı. Birlikte market alışverişi yapıldı, patates salatası, çorba, pilav, kahvaltı hazırlama öğretildi. Bu süreçte ilaçların yan etkilerinden, bedenen ve ruhen sağlıklı olmanın öneminden bahsedildi. Tekrar egzersiz programına katılması önerildi, eşya taşımak için kaslarını geliştirmesinin yararlı olacağı belirtildi ve Bay M. fiziksel aktivite programına katılmayı kabul etti.	Motivasyonu yüksekti, ev ödevlerini aksatmadan uygulamakta ve kardeşinin de desteği sürdürmekteydi. Planlanan aktivite programlarına katılımı düzenliydi. Haftada 2 gün 15 dk süre ile egzersiz programına başladı. Ayrıca görüşmelerde ve gruplarda etkileşime daha istekli olduğu ve daha uzun cümleler ile konuştuğu gözlemlendi.
4. ay	Daha önce çalışılan günlük yaşam becerilerinin uygulanmasına devam edildi, TRSM aktivitelerine katılımı sürdürüldü. Fiziksel egzersiz süre ve sıklığı arttırıldı. Evde geçirdiği zamanı planlaması desteklendi, Aile ile yürüyüş, gezi vb sosyal aktiviteler planladı ve gerçekleştirdi. Kardeşinin desteği ile pazar kahvaltılarını hazırlama ve çay demleme sorumluluğunu aldı. Sağlıklı beslenmenin önemi, düşük kalorili yiyecekler konusunda bilgilendirildi ve daha düşük kalorili beslenmesi, sağlıklı yiyecek (sebze yemeği vb) hazırlama konusunda desteklendi.	Aile ile planlanan aktiviteleri uyguladı, günlük beslenmede karbonhidrat alımını azalttı. Grup aktivitelerinde vb diğer hastalar ve ekip ile etkileşiminin daha da arttığı gözlemlendi. Aile de Bay M'nin gelişiminden memnundu, ailede olumlu geri bildirimler ile destekledi.
5. ay	Bay M. ile daha önce çalışılan yaşam becerilerine ilave olarak; odasını toplama, bulaşık makinasını yerleştirme, çamaşır makinasını çalıştırma gibi beceriler üzerinde çalışıldı. Görüşmelerde eski anılarından bahsetmeye, kendi isteği ile kitap, dergi okumaya ve görüşmelerde okudukları hakkında konuşmaya başladı. İnternet kullanmayı öğrenmek istedi merkezin bilgisayar odasını kullanması sağlanarak bilgisayarı açma, kapama, klavye ve arama motoru kullanımı öğretildi.	TRSM programlarına aktif katılımı ve etkileşim düzeyinde artış devam etti, egzersiz ile kendini daha iyi hissettiğini ifade etti, 2 kilo vermişti. Psikoeğitim grubunu tamamladı. Ev içinde aldığı pek çok sorumluluğun da etkisi ile özgüveni giderek artmış olarak gözlemlendi, Aile, Bay M'nin başarısından memnundu ve aile eğitim gruplarına katılmaya başladı.
6. ay	Üzerinde çalışılan yaşam becerileri pekiştirilmeye devam edildi, egzersiz ve sağlıklı beslenme konusunda destek sürdürüldü. Haftalık egzersiz süresi kademeli arttırıldı. Karar verme ve hayır deme konularında zorlandığı gözlemlendiğinden rol oynama ile hayır deme, kendini ifade etme becerileri üzerinde çalışıldı. Derin nefes alma egzersizleri öğretilerek anksiyete ile baş etme becerileri üzerinde çalışıldı.	Bay M ayda ortalama 2 kg vermeye devam etti. Her ne kadar planlama becerisi artmış ve motivasyonu yüksek olsa da danışman onayı, geribildirim alma gereksinimi belirgindi. Regresyonda ve bazı obsesif semptomlarda azalma gözlemlendi. Bireysel görüşmelerde sorunlarını kendiliğinden dile getiriyordu, kendini ifade etme, iletişim becerileri attı. Fakat rol oynama çalışmalarına rağmen hayır deme konusunda zorluğu devam ediyordu.

**Tablo 1. Bay M'nin rehabilitasyon süreci çizelgesi (devamı)**

Ay	Uygulama	İzlem/Değerlendirme
7-8. ay	Görüşme sıklığı haftada bir olacak şekilde azaltıldı. 8. Ay sonunda zorunlu danışman değişimi gerekeceği açıklanarak, daha çok öğrendiklerini pekiştirmesi, aktivitelerde aktif rol alması, bağımsızlığının desteklenmesi hayır deme becerisi konusunda çalışıldı. Danışman değişiminin yaklaştığı süreçte Bay M'nin anksiyetesi ve psikotik semptomlarında bir miktar artış gözlemlendi ve tedavi ekibi işbirliği ile tedavisinin yeniden düzenlenmesi sağlandı. Semptomlarla baş etmesi ve programa devamı için desteklendi. Yeni danışmanına ve ekibe tüm rehabilitasyon sürecinin bilgisi aktarıldı.	Haftada 2 kg vermeye devam etti. Bir iki gün evde yalnız kalabilecek ve kendine bakabilecek işlevsellik düzeyine ulaştı. Aile, psikoeğitim grup grubunu tamamladı. Danışmanlık ilişkisinin sonlandırılması sürecinde Bay M'de anksiyetede ve psikotik semptomlarda artış olması kayıp süreci tepkisi olarak değerlendirildi. Kısmen azalmakla beraber devam eden danışmanından onay/geribildirim alma gereksinimi; insiyatif alamama sorunundan ziyade bir obsesif kompulsif semptomu (onay alma) ve/veya kontrolcü ebeveyn ilişkisinin tranferansı olabileceği düşünüldü, TRSM ekibi ile vaka tartışıldı. Bay M birkaç haftada yeni danışmanı ile çalışmaya uyum sağladı.

**Tablo 2. Hastaya uygulanan değerlendirme ölçekleri puanları**

	İlk değerlendirme	6. ay izlem değerlendirme
İçgörü Ölçeği Puanı	14	18
Şizofreni Hastaları Yaşam Niteliği Ölçeği Puanı	61	92
Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği Puanı	55	36
Yeti Yitimi Ölçeği Puanı	32	22
Sosyal İşlevsellik Ölçeği Puanı	87	134
Kronik Ruhsal Hasta Rehabilitasyon Formu Puanı	117	255

nusunda desteklenmiştir. Programda hastanın gereksinimi ve talepleri doğrultusunda esneklik sağlanmıştır. Birebir çalışılan sekiz aylık süreçte beklentinin oldukça üzerinde ilerleme kaydeden Bay M'nin bireysel rehabilitasyon programı süreci Tablo 1'de sunulmuş olup, program öncesi ilk değerlendirme ve altı ay sonrası izlem değerlendirmesine ait ölçek puanları Tablo 2'de yer almaktadır.

## Tartışma

Özellikle rehabilitasyon sürecinde şizofreni gibi kronik ruhsal hastalıklarda bütüncül bir bakış açısı ile sorun ve gereksinimlerin iyi analiz edilmesi, aile ve çevresel faktörlerin göz önünde tutulması gerekmektedir.<sup>[5,10]</sup> Her ne kadar şizofreni hastalığının negatif belirtilerinin isteksizlik ve işlevselliği üzerinde etkisi büyük olsa da Bay M'nin programa katılmamasında ailenin kontrolcü tutumunun ve düşük özgüvenin de etkisinin büyük olduğu düşünülmüştür. Özellikle egzersiz konusunda gösterdiği direnç ve obezitenin evde sadece eşya/paket taşıma konusunda görev verilmesi ile ilişkilendirilebilir. Bay M'nin kapasitesi, hazır bulunuşluğu ve öncelikleri göz önüne alınarak bireye özgü planlanan rehabilitasyon programında hastanın da aktif katılımı dolayısı ile bağımsızlığı desteklenmiştir. Davranışçı tekniklerin ağırlıklı kullanıldığı süreçte işlevsellik aşamalı artırılıp olumlu geribildirimler ile desteklendikçe öz-

güveni, iletişimi ve motivasyonu artmıştır. Ayrıca aile işbirliğinin, Bay M ile kurulan terapötik ilişkisinin ve katıldığı diğer terapötik aktivite/grupların da sürecin etkinliğine oldukça katkı sağladığı düşünülmektedir. Davranışçı teknikler rehabilitasyon sürecinde oldukça etkilidir fakat bu olguda ağırlıklı davranışçı tekniklerin kullanılmış olması bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir. Bazı psikotik hastalarda psikodinamik bakış açısını da kapsayan eklektik yaklaşımlara da yer verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir. Zorunlu danışman değişimi yapılması süreci olumsuz etkilemiş gibi gözükmeyle beraber hastanın baş etme becerini güçlendirici olabileceği de dikkate alınmalıdır. Her bireyin değişim potansiyeli vardır ve Bay M ile rehabilitasyon programında beklenenden daha hızlı ve önemli ilerlemeler göstermiştir. Bireyselleştirilmiş programın başında ve 6. ayda uygulanan ölçek sonuçları değerlendirildiğinde Bay M'nin; sosyal işlevselliğinin, bağımsızlığının ve yaşam niteliğinin arttığı, yeti yitimi ve psikiyatrik semptomlarının azaldığı görülmektedir. Literatürde benzer yöntemlerin kullanıldığı olgu sunumları ve araştırmalar incelendiğinde de benzer sonuçlar dikkati çekmektedir. Türkiye'de bireysel danışmanlığa da yer veren TRSM'lerin rehabilitasyon programlarına katılan hasta sonuçlarının değerlendirildiği yayınlarda benzer bulgular dikkati çekmektedir. Eryıldız ve ark.<sup>[6]</sup> ile Arslan ve ark.<sup>[9]</sup> yaptığı kontrollü çalışmalarda TRSM programına katılan hastalarda sosyal işlevsellik, içgörü düzeyinin arttığı, yeti yitimi ve

psikopatolojik belirtilerinin azaldığı saptanmıştır. Yine Arslan ve ark.nın<sup>[10]</sup> yaptığı rehabilitasyon sürecinin hastalar üzerindeki altı aylık etkilerini değerlendiren çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, üç yıl sonraki izlem değerlendirmesinde de programın hastalara yararlılığının devam ettiği saptanmıştır. Bir grup şizofreni hastasının günlük yaşam aktivitelerine ilişkin sorunları ele alarak hastanın bağımsızlığını ve işlevselliğini arttırmaya yönelik ergoterapi uygulamasını değerlendiren çalışmada da benzer olarak hastalarda aktivite performansı artmış yeti yitimi düzeyi azalmıştır.<sup>[21]</sup> Ulusoy ve Arslan'ın<sup>[7]</sup> olgu sunumunda bireyselleştirilmiş ve bütüncül ele alınmış rehabilitasyon süreci sonucu hastanın işlevselliği ve özgüveni artmış, psikopatolojiye ilişkin semptomlar azaldığı belirtilmektedir. Benzer olarak Arslan, Mert ve Yıldız'ın<sup>[5]</sup> raporladığı olgu sunumunda benzer şekilde rehabilitasyon sürecinde isteksiz, irade ortaya ortaya koyamayan bir vakada bire bir çalışarak; öz bakımını arttırılmış, tedavi işbirliği ve aktivitelere katılım sağlanmış ve hastayı sınırlayan aile tutumu değiştirilerek vakada oldukça yol kat edilmiştir. Stenard'ın kontrollü çalışmasında olgu yönetimi modeli ile bireyselleştirilmiş rehabilitasyon programı uygulanan hastaların yaşam kalitesi artmış, semptomları azalmıştır ve kontrol grubuna göre anlamlı farklılıklar saptanmıştır.<sup>[16]</sup> Rychkova ve Kholmogorova çalışmalarında psikososyal rehabilitasyonda davranışçı müdahalelerin önemine değinmekte, sosyal beceri eksiklikleri ile bilişsel işlev yetersizliklerinin ilişkili olduğunu sosyal becerilerin geliştirilmesinin bilişsel işlevler üzerinde de dolaylı katkıları olduğunu değinilmiştir.<sup>[8]</sup>

Şizofreni hastalarının psikiyatrik rehabilitasyon sürecinde fiziksel sağlığı geliştirmeye yönelik eğitim ve müdahaleler ile birleştirilmesi, özellikle antipsikotiklerin geniş yan etki profili nedeniyle önemlidir. Ayrıca kronik ruhsal hastalarda kendine bakım, sağlıklı yaşam davranışları vb becerilerin azalması, kaybedilmesi de fiziksel sağlığı olumsuz etkilemekte, tedavi sürecinde diyet ve egzersiz programlarının da uygulanması önerilmektedir.<sup>[3,4,22]</sup> Literatürde, özellikle egzersiz programının antipsikotik kullanan hastalarda önemli olduğundan bahsedilmektedir. Egzersizin; norotransmitter düzeyinde değişimler, nöronal yıkımda azalma, ruhsal iyiliği ve bilişsel fonksiyonları geliştirme, hastalık semptomlarını ve metabolik sendrom gibi ilaç yan etkileri ile ilişkili fiziksel sağlık sorunlarını azaltma, yaşam kalitesini artırma gibi olumlu etkiler sağladığı belirtilmektedir. Haftada 2–3 kez 30 dakikalık yorucu olmayan egzersiz hastanın kilo problemi var ise diyet ile kombinasyonu önerilmektedir.<sup>[4,22,23]</sup> Hastalarda genel iyilik hissini artırması ise dolaylı olarak tedavi ve sosyal uyum açısından da destekleyici olmaktadır. Hastalarda fiziksel egzersizin etkisini araştıran randomize kontrollü bir çalışmada, egzersiz programına katılan şizofreni hastalarında semptomlarda azalma, genel sağlık durumunda ve aktivite toleransında artma saptanmıştır.<sup>[23]</sup> Psikiyatrik hastalarda diyet ve egzersiz programına katılımda motivasyonu ve sürekliliği sağlamak sıklıkla zordur, danışmanlık ve destek gereksinimi olmaktadır. Bay M ile başlangıçta evde eşya taşıma rolü nedeniyle egzersiz yapma ve kilo verme konusunda direnç göstermiş fakat işlevselliği ve özgüveni arttıkça fiziksel sağlık konusunda işbirliği sağlanabilmiştir. Her hastanın

engelleri ve motivasyon kaynakları farklılık gösterebildiğinden fiziksel sağlığı geliştirmeye yönelik girişimlerde de bireyselleştirilmiş müdahaleler daha etkin olabilmektedir.

## Sonuç

Kronik ruhsal hastalıklarda uzun soluklu tedavi ve rehabilitasyon süreci gerekmede, etkin rehabilitasyon süreci için ise, bireyselleştirilmiş programların ve vaka merkezli çalışmanın önemli ve etkili olduğu anlaşılmaktadır. Günümüz ruhsal iyileşme modellerinde de bireye özgü müdahaleler, hastaların iyileşme sürecine aktif katılımı öne çıkmaktadır. Bireyselleştirilmiş programlar ülkemizde zihinsel engelli çocuk/bireylerin rehabilitasyon ve özel eğitim sürecinde kullanılmakla beraber ruhsal ve duygusal engellilik kapsamına giren kronik ruhsal hastalıkların rehabilitasyonunda kullanımı sınırlıdır ve yaygınlaştırılmalıdır. Sunulan olgudan anlaşılacağı üzere; davranışçı yaklaşımların işlevselliği ve özgüveni arttırmada etkili yöntemlerden olduğu, ülkemizdeki psikiyatrik rehabilitasyon programlarında daha aktif olarak kullanılması gerektiği fakat bazı vakalarda eklettik yaklaşımların daha etkin olabileceği söylenebilir. TRSM'lerde vaka yönetimi modeli veya bireysel danışmanlık uygulamaları için rehabilitasyon ekiplerinin bilgi ve donanımı arttırılmalı, psikiyatri hemşireleri de bireyselleştirilmiş programlarda aktif rol almalıdır. Ayrıca; kronik ruhsal hastalıkların rehabilitasyon sürecinde ekip üyelerinde devamlılık sağlanmasının önemli olduğu vurgulanabilir.

**Çıkar çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Hakem değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

## Kaynaklar

1. Ince P, Haddock G, Tai S. A systematic review of the implementation of recommended psychological interventions for schizophrenia: Rates, barriers, and improvement strategies. *Psychol Psychother* 2016;89:324–50.
2. Asher L, Hanlon C, Birhane R, Habtamu A, Eaton J, Weiss HA, et al. Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): a 12 month mixed methods pilot study. *BMC Psychiatry* 2018;18:250.
3. Aşık E, Albayrak S, Erdoğan N. Nursing practices addressing metabolic syndrome risk in patients using antipsychotic drugs. *Clin Exp Health Sci* 2016;6:161–5.
4. Katakura N, Matsuzawa K, Ishizawa K, Takayanagi C. Psychological and physical self-management of people with schizophrenia in community psychiatric rehabilitation settings: a qualitative study. *Int J Nurs Pract* 2013;19:24–33.
5. Arslan Delice M, Mert Akgül S, Yıldız M. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden hizmet alan bir şizofreni olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *MÜSBED* 2014;4:122–5.
6. Eryıldız D, Yazıcı A, Saatçioğlu Ö, Yanık M. Rehabilitasyon programına katılan ve katılmayan şizofreni hastalarının belirti ve içgörülerinin değerlendirilmesi. *Yeni Symposium* 2011;49:106–12.
7. Ulusoy S, Delice Arslan M. The role of individual assessment on

- increasing the functionality of a person with schizophrenia. *Düşünen Adam* 2015;28:162–6.
8. Tan BL, Ng WY, Sudhasan J, Chng T, Mok I, Lee J. Factors Associated with Changes in Community Ability and Recovery After Psychiatric Rehabilitation: A Retrospective Study. *Community Ment Health J* 2018;54:1221–7.
  9. Arslan M, Kurt E, Eryıldız D, Yazıcı A, Can A, Emul M. Effects of a psychosocial rehabilitation program in addition to medication in schizophrenic patients: A controlled study. *Klinik Psiko-farmakoloji Bülteni* 2014;24:360–7.
  10. Arslan M, Yazıcı A, Yılmaz T, Coşkun S, Kurt E. Rehabilitasyon programının şizofreni hastalarının kliniği, sosyal işlevselliği ve yaşam kalitesi üzerindeki uzun dönem etkileri: İzleme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015;16:238–46.
  11. Kurtz MM, Rose J, Wexler BE. Predictors of participation in community outpatient psychosocial rehabilitation in schizophrenia. *Community Ment Health J* 2011;47:622–7.
  12. Luo H, McNeil EB, Feng Q, Li H, Chen Q, Qin X, et al. Utilization of psychiatric rehabilitation services and influencing factors among people with psychotic disorders in rural communities of Guangxi, China. *Int J Ment Health Syst* 2018;12:1–8.
  13. Chen M, Wu G, Wang Z, Yan J, Zhou J, Ding Y, et al. Two-year prospective case-controlled study of a case management program for community-dwelling individuals with schizophrenia. *Shanghai Arch Psychiatry* 2014;26:119–28.
  14. Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, Lalucat-Jo L. Considering variables for the assignment of patients with schizophrenia to a case management programme. *Community Ment Health J* 2013;49:831–40.
  15. Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, Mauri-Mas L, Lalucat-Jo L. Clinical case management for patients with schizophrenia with high care needs. *Community Ment Health J* 2015;51:165–70.
  16. Stanard RP. The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center. *Community Ment Health J* 1999;35:169–79.
  17. Rychkova OV, Kholmogorova AB. Social motivation in patients with schizophrenia spectrum disorders: how it is recognized in the rehabilitation process. *International Journal of Culture and Mental Health* 2018;11:52–61.
  18. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry* 2014;204:20–9.
  19. Newton-Howes G, Wood R. Cognitive behavioural therapy and the psychopathology of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Psychol Psychother* 2013;86:127–38.
  20. Rispaud SG, Rose J, Kurtz MM. The relationship between change in cognition and change in functional ability in schizophrenia during cognitive and psychosocial rehabilitation. *Psychiatry Res* 2016;244:145–50.
  21. Akı E, Tanrıverdi N, Şafak Y. Şizofrenili bireylerde birey merkezli ergoterapi programının günlük yaşam aktiviteleri katılımına etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2014;2:83–90.
  22. Twyford J, Lusher J. Determinants of exercise intention and behaviour among individuals diagnosed with schizophrenia. *J Ment Health* 2016;25:303–9.
  23. Silva BA, Cassilhas RC, Attux C, Cordeiro Q, Gadelha AL, Telles BA, et al. A 20-week program of resistance or concurrent exercise improves symptoms of schizophrenia: results of a blind, randomized controlled trial. *Braz J Psychiatry* 2015;37:271–9.