



T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

PSİKOTİK OLMAYAN HASTALARA UYGULANAN GÜNDÜZ TEDAVİ PROGRAMI ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Murat Kuru

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2018

T.C SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

PSİKOTİK OLMAYAN HASTALARA UYGULANAN GÜNDÜZ TEDAVİ PROGRAMI ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Murat Kuru

Tez danışmanı: Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç

Uzm. Dr. Yücel Yılmaz

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL/2018

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER 1
TEŞEKKÜR 3
KISALTMALAR 5
TABLO LİSTESİ 6
ÖZET 7
ABSTRACT 8
1 GİRİŞ VE AMAÇ 9
2 GENEL BİLGİLER 11
2.1 Tarihçe 11
2.2 Parsiyel hospitalizasyon Tanımı Ve Çeşitleri 14
2.3 Gündüz Hastanesi Programlarında Grup Terapileri 17
2.4 Bir parsiyel hospitalizasyon modeli olarak Gündüz Tedavi Programı'nın Etkinliği 19
2.5 Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikoterapi Merkezi Gündüz Tedavi Programı 21
3 YÖNTEM VE GEREÇLER 23
3.1 Örneklem 23
3.2 Gereçler 23
3.2.1 Sosyodemografik Veri Toplama Formu 23
3.2.2 SCL-90 Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90R) 24
3.2.3 Kısa Form 36 (SF-36) 24
3.2.4 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 24
3.2.5 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) 24
3.2.6 Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği (STAS) 25
3.2.7 Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I ve STAI-II) 25
3.2.8 Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği (YİDÖ) 26
3.2.9 Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) 27
3.2.10 Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE-II) 27
3.2.11 Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) 27
3.3 Uygulama 28
3.4 Verilerin Analizi 28
4 BULGULAR 29
4.1 Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri 29

4.2 Çalışma grubunun tedavi öncesi ve tedavi sonrası SCL-90 alt ölçek puanlarının karşılaştırılması 29
4.3 Çalışma Grubunun Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Short Form (SF-36) Puanlarının Karşılaştırılması 30
4.4 Çalışma grubunun tedavi öncesi ve tedavi Sonrası BDÖ, BAÖ, STAS, STAI-I, STAI-II, TAS-20 ve DES puanlarının karşılaştırılması 31
4.5 Çalışma grubunun tedavi öncesi ve sonrası YİDÖ ve YİYE-II ölçek puanlarının karşılaştırılması 33
5 TARTIŞMA 35
6 SONUÇLAR 44
7 KAYNAKLAR 45
EKLER 54

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde mesleki bilgi ve tecrübelerinden her zaman istifade ettiğim, çalışma disiplinini her zaman örnek aldığım, tezimin başarı ile tamamlanmasında çok büyük destek, katkı ve yardımlarını gördüğüm değerli tez danışmanım Doç. Dr. Medine Yazıcı Güleç'e, tezimin hazırlanmasına ve tamamlanmasına verdiği destek ve katkılarından dolayı Uzm. Dr. Yücel Yılmaz'a ve Uzm. Dr. Erkal Erzincan'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca kendilerinden hem insani hem mesleki olarak çok şey öğrendiğim, ayrı ayrı teşekkür etmek istediğim hocalarım Doç. Dr. Emrem Beştepe'ye, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin'e, Doç. Dr. Rabia Bilici'ye, Doç. Dr. Hüseyin Güleç'e, Doç. Dr. Yusuf Özay Özdemir'e, Prof. Dr. Rüstem Aşkın'a, tezimin hazırlanmasına büyük emeği olan ve birlikte çalışma şansı bulduğum Prof. Dr. Serhat Çıtak'a, birlikte çalışma olanağı bulduğum Prof. Dr. Sermin Kesebir'e, Prof. Dr. Ümit Başar Semiz'e ve Doç. Dr. Filiz İzci'ye,

Asistanlık sürem boyunca bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğim Uzm. Dr. Hamdi Öztürk'e, Uzm. Dr. Haluk Usta'ya, Uzm. Dr. Elif Yılmaz'a, Uzm. Dr. İshal Saygılı'ya, Uzm. Dr. Nurdan Eren Bodur'a, Uzm. Dr. Hülya Akar Özmen'e, Uzm. Dr. Salime Gürsoy'a, Uzm. Dr. Murat Yalçın'a, Uzm. Dr. Merih Altıntaş'a, Uzm. Dr. Özgür Süner'e, Uzm. Dr. Gönül Yıldırım Üretme'ye, Uzm. Dr. Arzu Etlik Aksoy'a, Uzm. Dr. Rumeysa Yeni Elbay'a, Uzm. Dr. Esra Kaymak Koca'ya, Uzm. Dr. Esra Aydın Sünbül'e ve hastanemizin diğer değerli uzman doktorlarına,

Nöroloji rotasyonum sırasında katkılarından dolayı Doç. Dr. Füsun Domaç'a, Doç. Dr. Gülay Kenangil'e, Uzm. Dr. Mustafa Ülker'e, Uzm. Dr. Rahşan Karacı'ya ve nöroloji tedavi ekibine,

Çocuk psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden istifade ettiğim, mesleki gelişimime katkıda bulunan Prof. Dr. Seher Akbaş'a ve tüm çocuk psikiyatrisi tedavi ekibine,

Gündüz Tedavi Programı'nın başarılı ve etkin bir şekilde yürütülmesini sağlayan Erenköy Psikoterapi Merkezinin değerli tüm ekibine,

Asistanlık sürecini beraber geçirmekten dolayı mutluluk duyduğum Uzm. Dr. Çetin Irmak, Uzm. Dr. Şakir Gıca, Uzm. Dr. Uğur Öner, Uzm. Dr. Tuğba Akdur, Uzm. Dr. Arda Kazım Demirkan, Uzm. Dr. Fuat Akgül, Uzm. Dr. Sıdıka Baziki, Uzm. Dr. Ayşe Terzi, Uzm. Dr. Neslişah Atgüden, Uzm. Dr. Merve Setenay İris Koç, Uzm. Dr. Elvan Yıldırım, Dr. Erçin Yılmaz, Dr. Selim Arpacıoğlu, Uzm. Dr. Özgür Akdur, Uzm. Dr. Ayşenur Oğuz, Dr. Sümeyye Çallı, Dr.

Yağmur Sever, Dr. Zeliha Dönmez, Dr. Ahsen Büyükavşar, Dr. Emine Çavuşoğlu, Dr. Maruf Ağgül, Dr. Yağmur Atay, Dr. Merve Karaca olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Hastanemizde birlikte çalışma olanağı bulduğum tüm psikolog ve hemşire ekibine, sağladıkları kolaylıklardan dolayı tüm sağlık memuru, personel ve güvenlik görevlilerine,

Bu günlere gelmemde en büyük emeğe sahip olan, yetişmemde büyük fedakârlık ve zorlukları göğüsleyen, çok aziz ve çok muhterem annem Makbule Kıymet Kuru'ya,

Hayatıma girdiğim anda itibaren dünyamı güzelleştiren, tüm zor zamanlarımda hep yanımda olan, asistanlık sürecimde en büyük desteği veren, kendisine her daim minnettar olduğum, mutluluğum, huzurum, çok sevdiğim eşim sevgili Kevser Türkcan Kuru'ya,

Uzmanlık eğitimim ve tez sürecimde kendilerine ayırmam gereken zamanlardan fedakârlık yapmak zorunda kalan, varlıklarıyla hayatıma her daim güç katan sevgili evlatlarım Osman ve Ömer'e,

Asistanlık sürecimde destekleriyle hayatımı kolaylaştıran, amcası olmaktan mutluluk duyduğum, çok değerli sevgili yeğenim Uğur Kuru'ya,

En içten duygularımla teşekkür ederim.

Dr. Murat KURU

İstanbul / Mayıs 2018

KISALTMALAR

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

DES: Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

EKT: Elektro Konvülsif Tedavi

EPM: Erenköy Psikoterapi Merkezi

GTP: Gündüz Tedavi Programı

Scl-90R: Ruhsal Belirti Tarama Formu

SF-36: Kısa Form 36

STAI-I-II: Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

STAS: Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği

TAS-20: Toronto Aleksitimi Skalası

YİDÖ: Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

YİYE-II: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri 29
Tablo 2:SCL-90 Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırılması ile ilgili bulgular 30
Tablo 3:SF-36 Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırılması ile ilgili bulgular..... 31
Tablo 4:Beck Depresyon, Beck Anksiyete, STAS, STAİ, TAS ve DES Ölçek Puanlarının tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırılması ile ilgili bulgular 32
Tablo 5: YİDÖ ve YİYE II Ölçekleri Alt Ölçek Puanlarının tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırılması ile ilgili bulgular 33

ÖZET

Amaç: Şiddetli psikiyatrik şikayetleri olup standart poliklinik hizmetlerinden yeterli faydayı görememiş hastaların tedavisinde gündüz tedavi programları alternatif bir tedavi seçeneğidir. Bu programların etkinliğinin gösterilmesi bu programların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasına katkı sağlayacaktır. Bu çalışmada bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesi psikoterapi merkezi gündüz tedavi programının şiddetli psikiyatrik hastalığı olan hastaların psikiyatrik semptomlarını azaltmada, hayat kalitelerini ve psikolojik dayanıklılıklarını arttırmada etkin olduğunun gösterilmesi amaçlandı.

Yöntem ve Gereçler: Bu çalışma, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikoterapi Merkezi Gündüz Tedavi Programı'na alınıp programı tamamlayan, program öncesi ve bitiminde kendileri ile görüşülen 46 hasta ile yapıldı. Araştırmaya alınan hastalara programın hemen başında ve bitmesinden hemen sonra Sosyodemografik Veri Toplama Formu, Scl-90 Ruhsal Belirti Tarama Formu (Scl-90R), Kısa Form 36 (SF-36), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği (STAS), Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I ve STAI-II), Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği (YİDÖ), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20), Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE-II) ve Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES) uygulandı. Programın başlangıcındaki ve bitimindeki bulgular birbirileri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Gündüz Tedavi Programı'nı tamamlayan hastaların program başlangıcına göre psikiyatrik semptomlarında anlamlı iyileşme saptandı. Hastaların yaşam kalitelerinde ve psikolojik dayanıklılıklarında anlamlı artış bulundu.

Tartışma ve Sonuçlar: Gündüz tedavi programı şiddetli psikiyatrik şikayetleri olan hastaların semptomlarını azaltmada, yaşam kalitelerini ve psikolojik dayanıklılıklarını arttırmada etkin bir tedavi yöntemidir. Bu programların yaygınlaştırılması kronik ve şiddetli psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların tedavisine olumlu katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: gündüz tedavi programı, şiddetli psikiyatrik hastalık, psikiyatrik semptomlar, yaşam kalitesi, psikolojik dayanıklılık

ABSTRACT

Introduction: Day treatment programs are an alternative treatment in the treatment of patients who have severe psychiatric complaints and have not benefited adequately from standard outpatient services. Demonstration of the efficacy of these programs will contribute to the development and dissemination of these programs. In this study, it is aimed to show that the day treatment program of the psychotherapy center of the mental research and training hospital is effective in reducing psychiatric symptoms, increasing quality of life and psychological resilience of patients with severe psychiatric disorders.

Material and Methods: This prospective study was carried out with 46 patient who were taken to The Day Treatment Program of Erenköy Mental Research and Training Hospital Psychotherapy Center and completed the program and interviewed themselves before the day treatment program began and after the day treatment program ended. Sociodemographic data form, Symptom Check List (SCL-90R), Short Form 36 (SF-36), Beck Depression and Beck Anxiety Scale (BDI and BAI), State-Trait Anger Scale (STAS), State-Trait Anxiety Inventory I-II (STAI-I-II), Toronto Alexithymia Scala (TAS-20), Dissociative Experience Scale (DES), Experiences in Close Relationship Scale-II (YİYE II) and Resilience Scale for Adults (RSA) are administered to all patients. Findings at the beginning and at the end of the day treatment program are compared with each others.

Results: Significant improvement is observed in the psychiatric symptoms of the patients completing The Dayt Treatment Program according to the beginning of the program. There is a significant increase in the quality of life and psychological resilience of the patients.

Discussion and Conclusions: The day treatment program is an effective treatment modality for reducing the symptoms of patients with severe psychiatric symptoms, increasing their quality of life and their psychological resilience. Dissemination of these programs may contribute positively to the treatment of patients with chronic and severe psychiatric disorders.

Keywords: day treatment program, severe psychiatric disorder, psychiatric symptoms, quality of life, psychological resilience

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Ruh sağlığı hizmetleri hastane temelli ve toplum temelli olmak üzere ikiye ayrılabilir. Psikiyatrik hizmetler yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren Avrupa ve Amerika'da büyük kavramsal ve yapısal değişimler geçirmiştir. Hastane temelli psikiyatri hizmetlerinden toplum temelli psikiyatri hizmetlerine geçiş bunlardan bir tanesidir. Bu geçişle birlikte hastaların toplum içerisinde tedavi edilmesi görüşü yaygınlaşmış ve büyük akıl hastaneleri kapatılmaya başlanmıştır. Hastaların sosyal hayatlarından ve toplumdan izole olmadan tedavi edilmesi anlayışının yaygınlaşmasıyla birlikte toplum psikiyatrisi hizmetlerinde önemli ilerlemeler olmuştur. Psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve uğraşı terapistlerinin yer aldığı ekipler ve merkezler oluşturulmuştur (Johnson ve ark., 2001; Kallert ve ark., 2004). Hastaların uzun hastane yatışları ile toplumdan izole olmasını engellemek ve standart poliklinik şartlarında alamadıkları tedaviyi almalarına fırsat tanımak amacıyla geliştirilen bu merkezler ve programlar "parsiyel hospitalizasyon" terimi altında sınıflandırılır. Gündüz tedavi programları parsiyel hospitalizasyonun bir çeşididir. Hedef popülasyonu genellikle hastaneye yatmayı gerektirecek kadar ağır klinik semptomu olmayan fakat standart poliklinik hizmetlerinden de yeterli faydayı görememiş hastalardır (Rosie, 1987; Parker ve Knoll, 1990).

Geçtiğimiz birkaç on yıl içerisinde hem hastaneye yatışa hem de yatış sonrası ara basamaklara etkili bir alternatif olma amacıyla çeşitli gündüz tedavi programları geliştirildi. Grup psikoterapisi merkezli gündüz tedavi programlarının şizofreni başta olmak üzere psikotik bozukluklarda, depresyon ve anksiyete bozukluklarında, ağır nevrozlarda, borderline kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluklarında, yeme bozukluklarında, somatik bozukluklarda etkin olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Yine bu tedavilerin kişilerin intihar girişimi sıklığını, kendine zarar verme davranışlarını, hastaneye yatış süresi ve sıklığını, sağlık servislerinin kullanımını, kişiler arası çatışmaları, klinik semptomlarının şiddetini azalttığı; hastaların sosyal uyumlarını, genel işlevsellik ve çalışma kapasitelerini, yaşam kalitelerini, yaşamdan aldıkları doyumu arttırdığı; kendileri ve diğer kişiler hakkındaki düşüncelerini, savunma mekanizmalarını, bağlanma stillerini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (Tyer ve ark., 1987; Bateman ve Fonagy, 1999; Piper ve ark., 1993; Schene, 2004).

Bu tez çalışmasında psikodinamik yönelimli grup psikoterapisi merkezde olacak şekilde yapılandırılmış Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikoterapi Merkezi Gündüz Tedavi Programı'nı tamamlamış hastalarda programın klinik semptomların şiddetini düşürmede, yaşam kalitesini ve psikolojik dayanıklılığı arttırmadaki etkinliği araştırılmıştır. Ülkemizde gündüz tedavi programı hizmeti veren merkezlerin etkinliği üzerine yapılmış çalışma sayısının az olması çalışmamızı literatüre katkısı bakımından önemli kılmaktadır.

ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ:

1. Gündüz Tedavi Programı hastaların klinik semptomlarını azaltmada etkilidir.

2. Gündüz Tedavi Programı hastaların yaşam kalitesini arttırmaktadır.

3. Gündüz Tedavi Programı hastaların psikolojik dayanıklılıklarını arttırmaktadır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Tarihçe

Orta çağ Avrupa'sında akıl hastaları toplumdan tamamen dışlanmıştır. Bu hastaların ancak yerleşim yerlerinden uzakta yaşamalarına izin verilmiş, bazılarının da şeytanın etkisinde olduğuna inanıldığından Engizisyon mahkemeleri tarafından yakılmıştır. On sekizinci yüzyıla kadar bu hastaların tedavi edilemeyeceği kabul edilmiştir (Shorter ve Marshall, 1997). Bu dönemde günümüzde "deli hastanesi" veya "tımarhane" diye bilinen "Asylum" denilen büyük ve kalabalık depo akıl hastaneleri kurulmuş ve hastalar bu hastanelere kapatılmıştır (Bachrach, 1984). Bu hastanelerin yaygınlaşmasında Pinel ve Tuke tarafından tanıtılan "Moral Tedavi" anlayışının büyük etkisi olmuştur. Moral tedavi paradigmasının temelinde yatan düşünce; "bireyin yaşadığı çevre, moralinin bozulmasına ve hasta olmasına neden olduğu için hastalar ancak yaşadığı çevreden uzaklaştırılırsa tedavi edilebilir" şeklindedir (Ritter ve Shirley, 2012). Bununla birlikte Pinel'in, Bicetre hastanesinde hastaları zincirlerinden kurtarıp tedavi etmeye çalışması bu hastane ve hastalara yeni bir bakış açısı getirmiştir. Bu bakış açısına göre akıl hastaları tedavi edilebilirler, insanca yaşama hakkına sahiptirler ve ölüme terk edilmemelidirler (Foucault, 2012).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısına gelindiğinde ise nöroleptik ilaçların keşfedilmesi, Elektro Konvulzif Tedavi'nin (EKT) yaygın kullanılmaya başlanması, anti-psikiyatri akımın güçlenmesi ve sosyal psikiyatrinin gelişmesi gibi devrim sayılabilecek değişmeler yaşanmıştır. Bu değişimler ve beraberinde getirdiği yenilikler kronik akıl hastalarının yıllarca yattıkları hastaneleri boşaltma hareketini başlatmıştır (Mollica, 1983). Hastanelerin boşaltılması akımı ruhsal sağlık hizmetlerinde başka bölümlerin gelişmesine sebep olmuş, yeni bakım üniteleri oluşmuş ve bunların sayısı artmıştır. Hastanelerin boşaltılması kronik akıl hastalarının tedavisini hastane dışına yöneltmiştir (Stein ve Test, 1985). Ayrıca ekonomik krizlerden dolayı birçok ülkede uzun hastane yatışlarının modası geçmiştir. Bunların yerine kronik hastaların tedavisi genel olarak kısa hastane yatışları, krizlere müdahale, taburculuk sonrası polikliniklerde verilen ilaç tedavileri ve yetersiz psikososyal hizmetlerden oluşmuştur. Kısa süreli hastane yatışlarının etkili olduğu gösteren çalışmalar yapılmışsa da sonrasında sık sık nüksler olduğu görülmüştür. Hastaların bir kapıdan çıkarken diğer kapıdan girdiği bu durum "Revolving Door Syndrome" (Döner Kapı Sendromu) olarak isimlendirilmiştir (Talbott, 1974). Sosyal iletişim yetenekleri de çok düşük ve yetersiz olan bu hastalar için ne uzun ne de kısa süreli hastane yatışları tedavileri için tam yeterli olmamıştır. Hastaneye yatışı

gerektirecek kadar akut psikiyatrik belirtileri olmayan, standart poliklinik hizmetlerinden ise ruhsal, sosyal ve toplumsal rehabilitasyon açısından yeterli desteği alamayan bu hastalar için alternatif bir tedavi yöntemine gereksinim duyulmuştur. Gündüz Hastaneleri bu alternatif tedavi modeli ihtiyacından ortaya çıkmıştır (Güney, 2001; Alataş ve ark., 2009).

Modern çağın gündüz hastanesi anlayışına uyan ilk kuruluş 1933 yılında Moskova'da Dzhgarov ve arkadaşları tarafından kurulmuştur (Parker ve Knoll, 1990). Dzhgarov çoğunlukla iş terapisinden oluşan bir program başlatma konusundaki deneyimlerini yazmıştır. Ortalama iki aylık bir süre boyunca 80 hastayı tedavi etmiştir. Programın psikotik hastalar için geleneksel büyük bir akıl hastanesinde boş yatak bulma sıkıntısı ve yetersiz finansman sebebiyle başlaması dikkat çekicidir. Kuzey Amerika'da ilk gündüz hastanesi özelliklerine sahip merkez 1946 yılında Montreal'da Cameron ve arkadaşlarının rehberliğinde kurulmuştur ve "gündüz hastanesi" terimi batı literatürüne ilk kez bu merkezin kuruluşu ile birlikte girmiştir. (Cameron, 1947; Craft, 1949). Cameron, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mayıs 1947'de New York'taki bir toplantısında psikiyatri hastaları için parsiyel hospitalizasyon konsepti hakkındaki fikirlerini sunmuştur. Adolf Meyer'in psikobiyolojik yaklaşımını incelemiş ve psikiyatride bir dizi yenilikçi yaklaşımın öncüsü olmuştur. Akıl hastalarının genellikle 24 saatlik bakım ve tedavi ihtiyaçları olmadığına inanmıştı. Gündüz tedavi programları olağan yaşam programlarına benziyordu, çünkü hasta işyerinde olduğu gibi sadece gündüz tedavide oluyordu. Tedavi sürecinde hastaların çevre ve ilişkilerinden ayrılmasını gerekli görmemişti. Hastaların her gece eve gidip her sabah gündüz tedavi programlarına gelmesini, hastanın gönüllü olarak orada bulunduğu gerçeğinin her gün yeniden teyit edilmesi olarak görmüş ve bunu gündüz tedavi programlarının ek bir avantajı olarak değerlendirmişti. Hastaların toplumdan ve ilişkilerden kopuk bireyler olarak değil, ailesinin ve toplumun bir üyesi olarak görülmesine işaret etmişti. Bu ise ailelerin tedavinin bir parçası olması, grup programlarının ve grup psikolojik yaklaşımlarının vurgulanması anlamına geliyordu (Cameron, 1947). Gündüz tedavi programları 1947 yılında Londra'da Brier öncülüğünde Marlborough Gündüz Hastanesi'nde ve ertesi yıl da Amerika'da Yale Üniversitesi ile Meninger Kliniği'nde uygulanmaya başlanmıştı. (Craft, 1949). Joshua Bierer'in gündüz hastane programını başlatması İngiltere'de gündüz hastane programlarının gelişiminde önemli bir aşama olmuştu.

Maxwell Jones'un "terapötik topluluk" kavramı akıl hastanelerinde geliştirilmişti. Bu kavram kısa süre içinde gündüz hastaneleri tarafından benimsenmiş ve öne çıkarılmıştı. Jones'un "Sosyal Psikiyatri" adını taşıyan kitabı 1953 yılında İngiltere'de yayınlanmıştır

(Jones, 1953) Daha sonra Amerika'da yayınlandığında "Tedavi Edici Topluluk" ismini taşıyordu ve kısa sürede tedavi edici olarak hastane ortamının kullanılması hareketinin teşvik edici güçlerinden biri olmuştu. Tedavi edici ortamın bir formu tedavi edici topluluktu. Tedavi edici toplumda, hastanenin sosyal yapısında ve tedavi edici programların geliştirilmesinde hastaları daha aktif katılımcılar haline getirerek, hastalar ile hastane personeli arasındaki geleneksel bariyerleri değiştirmek vurgulanmıştı (Clark, 1965). Hastanenin sosyal çevresinin önemi üzerindeki vurgu gündüz hastanelerine taşınmıştı. Günümüz gündüz hastaneleri, terapötik topluluk ve grupların kullanımı gibi çabalarla hastaların bir gruba ve kültüre ait olmalarının önemi vurgulanmaktadır. Şiddetli psikiyatrik sorunları olan kişilerin en büyük problemlerinden biri toplum ve sosyal hayattan izole olmalarıdır. Gündüz hastanesi programlarının terapötik ortamı, hastayı verimli sosyal karşılaşmalarla meşgul etmeyi amaçlamaktadır.

Başlangıçta tamamen ekonomik sebepler ve yeterli yatak sayısının olmaması nedeniyle planlanan bu yöntem, seçilmiş hastaların gece ailelerinin yanında kalmalarına karşılık gündüz tam bir hastane tedavisi almalarına imkân sağlayacak şekilde düzenlenmiş ve uygulanmıştı (Craft, 1959). Bu program için kullanılan binalar genellikle hastane özelliğine sahip olmayan elde kalmış eski binalardı. Hastalar bu yerlerde sağlık personelinin gözetiminde o zaman için geçerli tedavileri görmekte, akşam evlerine dönmekteydiler. Gündüz Tedavisi düşüncesi ilk önce ekonomik zorunluluklar ve imkansızlıklar nedeniyle doğmasına karşılık başlangıçta beklenmediği şekilde olumlu ve tatmin edici sonuçlar alınmıştı.

1930'lu yıllarda Rusya'da kurulan bu yöntem 1940'lı ve 1950'li yıllar boyunca Amerika'da yayılmıştı (Volovik ve Zachepitskii, 1986). Tedavi edici topluluk idealinin II.Dünya Savaşı sonrası yayılması ve psikotrop ilaçlardaki gelişmeler gündüz tedavi programlarının yaygınlaşmasını desteklemişti. 1963 yılında Amerika'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Yapım Yasası'ndan sonra gündüz hastanesi tedavi programları popüler olmuştu (Pang, 1985). Benzer şekilde Avrupa'da da 1940'lı ve 1950'li yıllarda bu programlar yaygınlaştı ve hastaların hastaneye yatırılarak tedavi edilmesine karşı ana alternatif tedavi olarak 1970'li yıllarda tepe noktasına ulaşmıştı (Creed ve ark., 1989). 1980'li ve 1990'lı yıllara gelindiğinde ise psikiyatrik gündüz hastanelerinin genişlemesinde dünya çapında bir düşüş yaşanmıştı. Bu düşüşün gündüz tedavi programlarının etkinlik-maliyetleriyle ilgili sınırlı kanıtların olması ve radikal "kurumsal olmayan" alternatifler ve ev-toplum temelli psikiyatrik bakım yöntemlerini merkeze almış "Assertive Community Treatment" gibi terapi

akımları ile yaşanan rekabetle ilişkili olduğu düşünülmüştür (Vaughan, 1983). Son yıllarda, bu tedavi seçeneğinin maliyet-etkinliğini ve sosyal avantajlarını destekleyen kanıtlar nedeniyle gündüz hastanelerine yeniden bir ilgi geliştiği gözlemlenmiştir (Curral ve ark., 2014).

2.2 Parsiyel hospitalizasyon Tanımı Ve Çeşitleri

Psikiyatrik Gündüz Hastanesi veya Gündüz Tedavi Merkezi, hastaların sürekli ve tam hospitalizasyonu yerine parsiyel hospitalizasyonunu sağlayan tedavi yöntemlerinden biridir. Son 50 yıl boyunca psikiyatri hizmetlerinin bir parçası olan bu yöntem tedavi edilen nüfus ve yaş grupları, personel ve programlar, tıbbi ve tıbbi olmayan yaklaşımlar, süre ve yoğunluk ve psikiyatrik hizmetlerle ilişki açısından çok farklılaşmıştır (Marshall ve ark., 2003). Bu yüzden parsiyel hospitalizasyon ve gündüz tedavisinin tam ve kusursuz bir tanımını yapmak kolay değildir. Parsiyel hospitalizasyon (partial hospitalization) Kuzey Amerika literatüründe kullanılan jenerik terimken "gündüz bakımı" (day care) İngiliz literatüründe parsiyel hospitalizasyon terimine karşılık kullanılan eşdeğer terimdir (Rosie, 1987).

1979 yılında kurulan Amerikan Parsiyel Hospitalizasyon Derneği (The American Association for Partial Hospitalization) 1982 yılında kapsamlı bir parsiyel hospitalizasyon tanımı yayınladı. Bu tanıma göre parsiyel hospitalizasyon: "Poliklinik ortamlarında verilemeyen koordineli, yoğun, kapsamlı ve multidisipliner tedavi yöntemlerine ihtiyacı olan ciddi ruhsal bozukluğu bulunan hastalar için tasarlanan; majör tanı, tıbbi, psikiyatrik, psikososyal ve meslek edinmeye hazırlayıcı tedavileri içeren ayaktan tedavi programıdır. Bu program yatarak tedaviye alternatif sunarak daha esnek ve daha az kısıtlayıcı bir tedavi programı sağlar." (Casarino ve ark., 1982). Bu tanım gündüz, akşam ve hafta programlarını da içermekle birlikte akşam ve hafta sonu programları yaygınlaşmamıştır. Amerikan Parsiyel Hospitalizasyon Derneği'nin terimi açıklığa kavuşturma çabalarına rağmen terimle ilgili belirsizlikler devam etmiştir. Weil parsiyel hospitalizasyonun diğer tedavi edici yöntemlerden ayıran eşsiz yönünü şöyle anlatmıştır: "Hastane koğuşunda harcanan zamanın düzenlenmesi, hastanenin dışında geçirilen zamanın anlamı ve terapötik kullanımı ve koğuş ile dış dünya arasında bir köprü kurulması (half time in plus half time out). Parsiyel hospitalizasyon hastayı kısmen hasta ve kısmen iyi gören bir yaklaşımın sonucudur. Eş zamanlı olarak zihinsel patolojiye, rehabilitasyona, yeniden sosyalleşmeye ve hastanın ailesinin terapötik süreçte daha yakın bir şekilde bulunmasına olanak veren terapötik faaliyete izin verir." (Weil, 1984) Programların çeşitliliği ve farklılığı, ruh sağlığı uzmanları tarafından kullanılan çeşitli terminolojileri üretmiştir. "Gündüz" (day), "akşam" (evening) veya "gece(nigtht)" hastanesi,

“gündüz hastanesi” (day hospital), “gündüz tedavi programı” (day treatment program), “gündüz bakımı” (day care), “gündüz bakım merkezi” (day care center) bu programlara atıfta bulunur (Casarino ve ark., 1982).

Astrachan gündüz hastanelerini öncelikli görevlerini merkeze alarak tanımlamaya çalışmıştır. Şiddetli psikiyatrik semptomları bulunan ancak yatışı gerektirecek şikayetleri olmayan hastaların tedavisi öncelikli görevi olan gündüz hastaneleri de bu tanımlamalardan birini oluşturur (Astrachan ve ark., 1970).

Rosie bütün bu farklı tanımlama ve isimlendirmeleri kapsayacak şekilde parsiyel hospitalizasyonu aşağıdaki şekilde üç ana başlık altında tanımlamayı önermiştir (Rosie, 1987):

1- Gündüz hastaneleri (day hospitals),

2- Gündüz tedavi programları (day treatment programs),

3- Gündüz bakım merkezleri (day care centers).

Gündüz hastanesi akut hastalığı olup normalde geleneksel psikiyatri yataklı servisinde tedavi edilecek hastalara tanı ve tedavi servisi alternatifi sağlayan merkezlerdir. Gündüz tedavi programları ise daha özelleşmiş bir forma ve acil müdahale gerektirecek semptomu olmayan daha spesifik bir hasta popülasyonuna sahip olma eğilimindedir. Bu programlar fonksiyonları açısından çok çeşitlidir ve belirli hasta popülasyonları için yeni yaklaşımlar deneyebilir. Akut semptomları bir dereceye kadar gerilemiş standart poliklinik tedavilerinden yeterince fayda görmeyen hastaları tedavi etmeyi amaçlarlar. Bütün gündüz tedavi programları hastaların kişisel ve sosyal işlevselliğini arttırmayı ve klinik semptomlarda azalmayı hedeflerler (Rosie, 1987). Hepsi zaman sınırlı tedaviyi tavsiye ederler. Zaman sınırı programa kabul edilen tüm hastalar için aynı olabilir veya hastanın ihtiyaçlarına göre bireysel olarak belirlenebilir. Gündüz tedavi programları hedef aldıkları popülasyon ve hastalık tanılarına göre özelleştirilebilir ve yapılandırılabilirler. Gündüz bakım merkezlerinin ise birincil görevi şizofreni gibi kronik psikiyatri hastalarının tedavilerini sürdürmektir. Medikal tedaviler bu merkezlerde verilen hizmetlerin önemli bir parçasıdır. Aynı zamanda hastaların toplumdan izole olmasını engelleyici, ailelerin üzerinde bakım yükünü azaltıcı, kişisel ve sosyal işlevselliklerini yükseltecek tedavi planlamaları yaparlar (Holloway, 1989; Caty ve Burns, 2001).

Klar ve arkadaşları spesifik hasta grupları ile spesifik tedavileri birleştirme amaçları doğrultusunda parsiyel hospitalizasyon için her biri için spesifik hasta seçim kriterleriyle birlikte üç farklı- yoğun tedavi (intensive care), kronik tedavi (chronic care) ve rehabilitasyon- fakat birbirleriyle örtüşen model önermişlerdir (Klar ve ark., 1982). Bu üç modelden gündüz

tedavi programına karşılık gelen rehabilitasyon modeli, mesleki ya da sosyal performanslarında ciddi sorun olan hastaların polikliniklerden tedavisine alternatif olmak üzere tasarlanmıştır. Hastalara güçlü destek verilir. Yüksek terapötik hedefler ve beklentiler belirlenir (Klar ve ark., 1982).

Sciene ve arkadaşları ise parsiyel hospitalizasyon programlarını(PHP) ruh sağlığı hizmetlerinde yerine getirdikleri dört işleve göre tanımlamışlardır. Bunlardan bir tanesi ayaktan poliklinik tedavisinin genişletilmesi hali olan parsiyel hospitalizasyondur ve gündüz tedavi programının eşdeğeri olarak kabul edilebilir (Schene ve ark., 1988).

DiBella parsiyel hospitalizasyonu daha nesnel olarak tanımlamıştır. İki veya daha fazla multidisipliner klinik personel tarafından sağlanan, hastada sekiz veya daha fazla saatlik programı olan, altı veya daha fazla ayaktan hasta grubunun iyileştirilmesi için tasarlanan, dikkatle koordine edilmiş, terapötik bir ortam için multimodaliteli birbirine bağlı terapilerden oluşan psikiyatrik tedavi programıdır. Hastalar tüm programda düzenli olarak yer alırlar. Bu da en az 3 hafta boyunca, haftada en az 2 gün süresince, günde ez az 3 saat süren fakat 24 saatlik tüm günü kapsamayan bir program demektir (DiBella, 1982).

Block ve Lefkovitz parsiyel hospitalizasyon tanımını zaman sınırlı, ayaktan hasta grubu için terapötik olarak yoğun, koordineli ve klinik olarak yapılandırılmış servisleri stabil bir terapötik ortam içinde sunan aktif tedavi programları şeklinde sınırlandırmıştır. Programlar psikiyatrik, duygusal veya davranışsal bozulmalardan kaynaklanan önemli sorunlara sahip bireylere hizmet edecek şekilde tasarlanmıştır (Block ve Lefkovitz, 1991).

Parsiyel hospitalizasyon programlarının personel ihtiyaçları verilen hizmetlerin çeşidine göre değişmektedir. Tedavi sürecinde erken bir terapötik ittifak ve topluluk duygusu geliştirmeye yardımcı olmak için multidisipliner bir takımın gerektiği konusunda bir fikir birliği olmakla birlikte, multidisipliner takımın kimler tarafından yönlendirilmesi gerektiğine dair görüşler farklılık göstermektedir. Amerikan Parsiyel Hospitalizasyon Birliği standartları bir yönetici ve örgütsel yapının üst kademelerinde bir tıp direktörü tavsiye ediyor (Casarino ve ark., 1982).

Gündüz tedavi programları ve diğer parsiyel hospitalizasyon tedavilerinde kesinleşmiş, standart bir yöntem yoktur. Hitap ettikleri popülasyon, amaçları, kullandıkları psikoterapötik yöntemler ve materyaller açısından gündüz tedavi programları çok fazla çeşitliliğe ve yapılandırmaya sahiptir. (Seidler ve ark., 2006). Parsiyel hospitalizasyon ve gündüz tedavi hastanelerindeki bu çeşitlilik ve farklılık bizi kavramsal açıklığa çağırmaktadır. Spektrumun bir ucunda ağırlıklı olarak destekleyici ve bakım verici olan gündüz tedavileri bulunmaktadır. Diğer ucunda ise hastaların semptomatik iyileşme ve davranışlardaki değişimlerin yanı sıra

kendini anlamayı ve kişilik bütünlüğünü geliştirici hedefleri bulunan gündüz tedavi merkezleri bulunmaktadır (Karterud ve Wilberg, 2007).

2.3 Gündüz Hastanesi Programlarında Grup Terapileri

Birtakım yazarlar, parsiyel hospitalizasyon programlarında grupların kullanımı ile ilgili teorik bir bakış açısı geliştirmeye çalışmışlardır. Fidler bir gündüz hastanesinde multimodal grupların gelişimini tanımladı. Hastalar gün boyunca bir gruptan diğerine geçtiler. Hastaya girişte atanan grup aynı üyelerle sürdürüldü ve hasta taburcu olana kadar aynı grupta kaldı. Fidler bunun grup tedavisi deneyiminde yüksek düzeyde yoğun bir birleşme sağladığına inanıyordu (Fidler, 1975). DiBella, Parsiyel hospitalizasyon programlarının tanımı gereği bir grup olduğunu ve bir tedavi yöntemi olarak grubun kullanılmasının, psikolojik sorunların kökeni ve tedaviye en iyi nasıl yaklaşıldığı konusunda belirli bir teorik inancı ima ettiğini ifade etmiştir (DiBella, 1982).

Bu yazarlar grup tedavilerinin faydalarını şu şekilde listelemişlerdir:

1- Birey sadece terapistten değil, grubun diğer üyelerinden de destek alma şansını sahiptir.

2- Gruplar diğer kişilerle yaşanan uygunsuz ve işlevsel olmayan davranışları (utangaçlık, sessizlik, içe kapanma vb.) azaltmak için daha fazla fırsat verir.

3- Grup gerçekleri test etmek için mükemmel fırsat sunar.

4- Grup varsayılan çeşitli rollerin deneyimlenmesi ve uygulanması için bir fırsat sunar.

5- Grup, grupta yeni verilmiş bilgilerin tek tek işlenmesi için hemen bir fırsat sunar.

6- Grup deneyimi, grup üyesinin tanımlayabileceği çoklu davranış modelleri sağlar.

7- Grubun gerçeklik yönelimi güçlüdür, çünkü aktarımlar kontrol altında tutulur.

8- Grup tedavi yönteminin kullanılması ile bazı karşı-aktarımsal reaksiyonların azaltılması sağlanır.

9- Gruplar finansal kaynakların korunmasına ve personel zamanının daha verimli olmasına izin verir.

DeChant ve Heil, parsiyel hospitalizasyon programlarında grupların planlanması için teorik bir çerçeve geliştirmeye çalıştı. Çok basamaklı psikoterapi gruplarının bir dizi terapötik beceriyi bütünleştirici bir çekirdek olarak işlev gördüğü bir program tanımladılar. Washburn ve Conrad bir gündüz hastanesi yapısı içinde eğlence, sosyal rehabilitasyon ve psikolojik yaklaşımları olan gruplar da dahil çeşitli grup programları tanımladırlar (Kennedy, 1993). Bir gündüz hastanesinde neredeyse her tür grup mümkündür. İçgörü yönelimli dışavurumcu

tedavi gruplarından eğitim gruplarına kadar grup tedavileri planlanabilir. Grup tedavisini planlarken yaşanan zorluk, bir gündüz hastanesinde kaç tane ve ne tür gruplara ihtiyaç duyulduğunu bilmektir. Ancak, grup odaklı tedavilerin, gündüz hastanesi tedavi programlarının temel dayanak noktası olduğu açıktır.

Üyelerinin günlük hayatta karşılaştıkları sorunları açıkça tekrarladıkları gruplar için gündüz hastanelerinde uygulanan grup terapisi iyi bir tedavi yöntemidir. Bu gruplarda merkezi mesele, özerkliğe karşı bağımlılık meselesidir. Grup terapisi bu tür konu ve sorunların birlikte ele alınabildiği psikososyolojik bir ortam sunar. Gündüz hastanelerinin büyük amaçlarından biri hastaların toplum yaşamına geçişinin kolaylaştırılmasıdır (Hoge ve ark., 2016). Bu nedenle grup terapileri, hastaları kendilerini güvende hissettikleri ortamdan ayırmakla kalmıyor, aynı zamanda bir dizi erişkin hayat görevini de üstlenmeye başlamalarına da yardımcı oluyor. Bu terapiler, günün yarısında hasta diğer yarısında ise toplumun bir bireyi olabilen bu kişiler için zengin fırsatlar sunar. Bu durum onlara bireyleşme girişimlerini uygulamak için birçok fırsat verir (Crafoord, 1977). Crafoord bu terapi ortamının atmosferini Winnicott tarafından tarif edilen bir geçiş nesnesinin psikolojik fenomenine benzetmiştir (Winnicott, 1953). Hastalar gündüz tedavi merkezinin var olduğunu bilirler. Ona gelirler, sonra ayrılırlar ve zamanla güçlenirler. Bu olgunlaşma için onlara güçlü bir araç sağlar.

Grup psikoterapilerinde hastanın değişimine ve iyileşmesine etkide bulunan öğeler iyileştirici etkenler (therapeutic factors) olarak tanımlanır (MacKenzie, 1987). Yalom, grup psikoterapilerinde 12 iyileştirici faktör üzerinde durmuştur (Yalom, 1985). Bu faktörler; elseverlik (diğerkâmlık), grup bütünlüğü, kişiler arası öğrenme (girdi), kişiler arası öğrenme (çıktı), rehberlik, katarsis, özdeşim, aile ilişkilerinin yeniden yaşanması, kendini anlama, umudun aşılanması ve varoluşsal etmenlerdir.

Günümüzde birçok gündüz hastanesi programı bir psikodinamik çerçeve içinde çalışsa da davranış değişikliği tekniklerini kullananlar da vardır (Austin ve ark., 1976). Davranış yönelimli tedavi tekniklerini kullanan grup tedavilerinin amacı, kişiliğe bir değişiklik getirmekten ya da altta yatan çatışmaları çözmekten ziyade hastanın öncelikli sorun olarak getirdiği problemlerini ve davranışlarını değiştirmektir. Birçok farklı amaç ve popülasyon için grup terapileri planlanıp uygulanabilir. İlaç grupları, aile grupları, aktivite grupları bunlardan bazılarıdır (Kennedy, 1993). Duygudurum bozuklukları ve kişilik bozuklukları hastalarının ağırlıkta olduğu, psikodinamik yönelimli grup terapisinin merkezde olduğu bir gündüz tedavi programının yapılandırılması ve işleyici örnek olarak aşağıda anlatılmıştır.

Tedavi programı zaman sınırlı 18 haftalık bir programdır. Program her hastanın geçtiği üç bölümden oluşmaktadır: başlangıç, orta ve bitiş. Her bölüm altı hafta sürer. Program çeşitli

küçük ve büyük gruplardan, aile terapisinden ve psikofarmakolojik tedaviden oluşur. Bireysel terapi önerilmez. Gruplar iki ana kategoriye ayrılır: psikoterapötik içgörü odaklı gruplar ve rehabilite edici sosyoterapi grupları. Programın amaçları arasında içgörünün gelişmesi, benlik saygısının artması, semptomların azaltılması, psikososyal yetkinliğin artması ve toplumla daha iyi bir bütünleşme sayılabilir. Tedavi ekibi tipik olarak psikiyatrist olan bir direktörden, sayısı beşle sekiz arası değişen tam zamanlı terapistlerden, bir tam zamanlı öğretmenden ve bir sekreterden oluşmaktadır. Takım üyeleri arasında bölünmüş sadakatlerden kaçınmak için programda ana-disiplin lideri yoktur. Programın iki temel taşı günlük büyük psikoterapi grubu ve haftalık personel-personel ilişkileri toplantısıdır. Diyalog teşvik edilir, duygu ifadesi desteklenir, hayallerin anlatılması iyi karşılanır ve diğer grup üyelerinden gelen yüklü materyaller ortaya sunulur. Aktarım yorumları genellikle terapistler tarafından, bazen de hastalar tarafından yapılır. Personel toplantısı haftalık gündemsiz bir toplantıdır. Toplantının amacı çalışanların sorunlarını ve gerilimlerini paylaşmak, incelemek ve ele almaktır. Hastaların program dışında birlikte vakit geçirecekleri saatler planlamaları istenmez. Hastalar ile hastalar ve hastalar ile personel arasındaki tüm etkileşimlerin gruplara taşınması beklenir. Grubun kendini anlama ve başkalarıyla etkileşim için bir fırsat sağladığı ve arkadaşlık arayışı için bir sosyal kulüp olmadığı vurgulanır. Psikiyatrist terapötik çevre ile ilgili bir kolaylaştırıcı veya rehber olmaya çalışır. Amacı, personelin terapi gruplarında terapötik ortamı oluşturabilmesi için gerekli bilgi ve beceriyi geliştirmesine yardımcı olmaktır. Program psikodinamik yönelimlidir. Psikodinamik yaklaşım içgörüye yöneliktir ve farklı nesne ilişkileri okullarının katkılarına büyük ölçüde bağlıdır (Rosie ve ark., 1995).

2.4 Bir parsiyel hospitalizasyon modeli olarak Gündüz Tedavi Programı'nın Etkinliği

Parsiyel hospitalizasyon son birkaç on yıldır çok sık gözden geçirilmiştir. İlk başta bu gözden geçirmeler sistematik değildi ama yakın zamanda sistematik gözden geçirmeler de yayınlandı (Schene, 2004). Önceki gözden geçirmeler daha çok tanımlayıcı, açık çalışmalara ve az sayıda düşük veya orta kalitede randomize kontrollü çalışmaya dayanmaktadır. Yıllar içinde randomize kontrollü çalışmaların sayısı ve kalitesi artmıştır. Özellikle son sistematik gözden geçirmelerde metaanaliz tekniklerinin kullanımı ile gözden geçirme metodolojisi geliştirilmiştir. Fakat, tüm bu gözden geçirmelerin cevap aradığı sorular şu üç soruda özetlenebilir:

1. Parsiyel hospitalizasyon hastaneye yatırılan hastaların yüzde kaçı için iyi bir alternatiftir?

2. Parsiyel hospitalizasyon full-time hastaneye yatışla karşılaştırıldığında maliyet-etkinliği nedir?

3. Parsiyel hospitalizasyon poliklinik hizmetleri ile karşılaştırıldığında maliyet-etkinliği nedir?

Full-time hospitalizasyonla karşılaştırıldığında parsiyel hospitalizasyon programlarının ilk amacı hastaların hastanede yattıkları gün sayısını azaltmak ve taburculuğa imkân tanıyarak ve kriz çözme eğitimleri ile taburculuğu kolaylaştırmaktır. Johnstone ve Zolese tarafından hepsi 1980 yılından önce yürütülmüş beş randomize kontrollü çalışma gözden geçirilmiştir (Johnstone ve Zolese, 2000). Standart hastanede yatış süresinden daha kısa planlanan yatış süreleri döner kapı modelini teşvik etmemekte ve servislerle bağlantısını yitiren hasta sayısını arttırmamaktadır. Akut dönemlerin tedavisi veya şiddetli psikiyatrik hastalıkların nüksetmesi durumunda yatış süresini azaltmakta tek amaç değildir. Aynı zamanda hastalara gerekli ilaç tedavilerinin verilmesi, danışmanlık, yaşam becerilerinin geliştirilmesi, aile üyelerine destek, toplumla ve sosyal hayatla entegrasyonunu kolaylaştırmakta hedefler arasındadır. Bu hedefler açısından da yapılan çalışmalar parsiyel hospitalizasyonun bir alternatif olabileceğini göstermektedir (Schene, 2004). Hastaların hastanede kalış sürelerini azaltmakta üçüncü bir hedef de vaka yönetimi ve ev-toplum temelli ACT (Assertive Community Treatment) yöntemlerini kullanarak daha kaliteli bir standart toplum ruh sağlığı hizmeti sunmaktır. Marsall ve arkadaşları on bir randomize kontrollü çalışmaya dayanarak yaptıkları gözden geçirmede bu yöntemlerin hastaneye yatış oranlarını azalttığını bulmuşlardır. Yapılan gözden geçirmeler akut psikiyatrik hastalıklarda parsiyel hospitalizasyonun full-time hospitalizasyona bir alternatif olduğunu göstermektedir. Hastalar daha az hastanede yatış sürelerine sahiptiler ve semptomatik ve sosyal işlevsellik iyileşmesi açısından full-time hospitazalizasyonla benzer oranlara sahiptiler. (Dick ve ark., 1985; Creed ve ark., 1990; Creed ve ark, 1997; Bateman ve Fonagy, 1999; Schene ve ark., 1993; Sledge ve ark., 1996). Full-time hospitalizasyonu yapılan hastaların %30-40'ı için parsiyel hospitalizasyon iyi bir alternatiftir (Schene, 2001). Horvitz-Lennon ve arkadaşlarının 1957-1997 yılları arasındaki yayınlanmış literatürü inceledikleri meta-analizlerinin sonuçları da benzer çıkmıştır. (Horvitz-Lennon, 2001). Marshall ve arkadaşlarının dokuz randomize kontrollü çalışmayı inceledikleri meta-analizlerinin sonuçlarında parsiyel hospitalizasyonun ruhsal durumda daha hızlı iyileşme, daha yüksek memnuniyet ve daha düşük maliyet avantajlarına sahip olduğunu bulmuşlardır (Marshall ve ark., 2003).

Akut psikiyatrik hastalıkların tedavisinde full-hospitalizyonla parsiyel hospitazalizasyonu karşılaştıran çalışmalarda incelenen popülasyonlar, tanı açısından heterojen olmasına rağmen en azından akut psikiyatrik durumları açısından benzerdiler. Parsiyel hospitalizasyonla günlük bakım merkezleri (day care) ve poliklinik tedavileri arasında bir karşılaştırma oldukça çeşitli popülasyonlardan, tedavi programlarından ve ortamlarından ve daha karmaşık metodolojik problemlerden mustariptir. Parsiyel hospitalizasyon programları çoğunluğu şizofreni olan uzun şiddetli psikotik bozuklukların tedavisinde poliklinik hizmetlerine bir alternatif olarak incelenebilir. Hedef alınan popülasyonlar arasında psikotik olanlar ve psikotik olmayanlar şeklinde bir ayırım yapılabilir. Marshall ve ark., psikotik hastaların tedavisinde gündüz tedavi programlarının etkinliğini göstermiştir. Bateman ve Fonaghy borderline kişilik bozukluklarında, Dick ve arkadaşları anksiyete ve kişilik bozukluklarında, Piper ve arkadaşları uzun süredir devam eden affektif ve kişilik bozukluklarında Tyrer ve arkadaşları anksiyete veya fobik veya depresyon bozukluklarında gündüz tedavi programlarının etkinliğini gösteren çalışmalar yapmışlardır (Tyrer ve ark., 1987; Dick ve ark., 1991; Piper ve ark., 1993; Piper ve ark., 1996; Bateman ve Fonaghy, 1999). İki binlerden sonra da parsiyel hospitalizasyonun şizofreni depresyon, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, alkol bağımlığı tedavilerindeki etkisini araştıran ve olumlu sonuçlar bulan çalışmalar yapılmıştır (Schene, 2004).

2.5 Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikoterapi Merkezi Gündüz Tedavi Programı

Erenköy Psikoterapi Merkezi (EPM), Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde psikoterapi hizmetlerinin ve eğitiminin yapılandırılması ve yaygınlaştırılması amacı ile 2012 Ekim ayında hizmete girmiştir. EPM hastanede ayrı bir klinik olarak yapılanmıştır. Erenköy Psikoterapi Merkezi'nde esas olarak gündüz tedavi programı (GTP) ve bireysel psikoterapi programları başlatılmıştır. Deneyimli ve uyguladıkları psikoterapilerde eğitimli tedavi ekibinin desteği ile grup psikoterapileri yürütülmektedir.

EPM'de sunulan iki hizmet türünden birisi olan GTP ülkemizde yeni uygulanmaya başlayan bir yöntemdir. Hedef hasta popülasyonu poliklinikte görevli psikiyatristlerin GTP'den fayda göreceğini düşünerek yönlendirdiği standart poliklinik hizmetlerinden yeterli faydayı görememiş, hastaneye yatışı gerektirecek şiddette akut semptomları bulunmayan, psikotik bulgusu olmayan ancak kronik psikiyatrik şikayeti ve semptomu olan hastalardan oluşur. Bu hastalarla psikoterapi merkezi terapistleri tarafından ön psikiyatrik değerlendirme

ve görüşme yapılır. Uygun bulunanlar hastalar bir yıllık gündüz tedavi programına alınır. Hastalar programa haftada üç gün gelirler. Tedavi programı haftada 2 etkileşim, 1 psikodrama, 1 sanat grubundan, 1 bireysel psikoterapi ve 1 uzman vizitinden oluşur. Aynı zamanda günaydın toplantıları ve sinema destekli terapi oturumları da programın içinde yer almaktadır. Ayrıca ekibin tamamının katılımı ile her hafta yarım gün süren değerlendirme ve süpervizyon oturumları yürütülmektedir. GTP'nin grup terapisi odaklı ve psikodinamik yönelimli temel yapısı literatürdeki benzer tedavi programları ile uyumludur. Norveç'te psikiyatrik semptomları ve sosyal yetersizlikleri olan kişilik bozukluğu hastalarının tedavi için yapılandırılmış 8 farklı gündüz tedavi programının temel içeriği benzerdir. Program öncesi hastalar tam bir psikiyatrik muayene ve görüşmeden geçirilir, programlar grup terapisi merkezlidir ve psikodinamik yönelimli bir ekole sahiptir (Karterud ve ark., 2003). Yine kişilik bozuklukları ve afektif bozuklukların tedavisini hedefleyen Edmonton Gündüz Tedavi Programı zaman sınırlı, yoğun grup terapisi merkezli ve psikodinamik yönelimlidir (Piper ve ark., 1996).

3 YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1 Örneklem

Çalışmamıza Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikoterapi Merkezi Gündüz Tedavi Programı'na 2013 Ekim – 2016 Ekim tarihleri arasında araştırma hakkında bilgilendirilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 82 hasta alınmıştır. 22 hasta 1 yıllık gündüz tedavi programını tamamlamadan ayrılmış, drop olmuştur. 14 hasta ise programı tamamlamış fakat ikinci görüşmelere gelmeyi reddedip çalışmayı bırakmıştır. Gündüz Tedavi Programı'nın başında ve bitiminden hemen sonra görüşmelere gelip, ölçekleri dolduran 46 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

1. Erenköy RSHH Gündüz Tedavi Programına alınmış olmak
2. Kendi bildirimli ölçeklerin doldurabilecek kadar okur-yazar olmak
3. Araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak

Araştırmadan Dışlanma Ölçütleri

1. 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak
2. Görüşme ile anlaşılır düzeyde mental retardasyonu ve bilişsel kusuru olmak
3. Görüşme ile anlaşılır düzeyde ağır genel tıbbi duruma bağlı hastalık bulunması
4. Şizofreni veya diğer psikotik bozukluklar tanısının olması

3.2 Gereçler

3.2.1 Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Bu form araştırmacı tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır. Bu formda çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların sosyodemografik açıdan incelenebilmek amacıyla yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, gelir ve sosyal desteğin katılımcı tarafından algılanma seviyesi, alkol-madde-sigara kullanımı sorgulanmıştır.

3.2.2 SCL-90 Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği (SCL-90R)

Hem klinik hem de araştırma durumlarında katılımcıların gösterecekleri ruhsal belirtilerin dağılımını ve şiddetini belirlemek için Degoratis tarafından geliştirilmiştir (Degoratis, 1977). Ölçek "hiç" ile "çok fazla" arasında beşli likert tipinde cevaplanan 90 madde ve dokuz alt ölçek ve bir ek ölçekten oluşan bir özbildirim ölçeğidir. Her madde 0-4 puan arasında puanlanır. Sorular, içinde bulunulan gün dahil son bir hafta göz önünde bulundurularak cevaplandırılmaktadır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Dağ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Dağ, 1991).

3.2.3 Kısa Form 36 (SF-36)

Kısa Form 36 (SF-36) genel yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 36 maddeden oluşan bir ölçektir (Ware ve Sherbourne, 1992). Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite (enerji), sosyal fonksiyon ve ruhsal sağlık olmak üzere sekiz alt ölçeği vardır. Alt ölçeklerin puanları 0-100 arasında değişmektedir ve yüksek puan iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Koçyiğit ve ark., 1999).

3.2.4 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiş, 21 maddeden oluşan özbildirim ölçeğidir. Depresyonda görülen duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Her madde depresyonla ilgili davranışsal bir özelliği belirlemektedir. Maddeler 0'dan 3'e kadar depresyonun şiddetine göre sıralanmıştır. Ölçekten alınan en düşük puan 0, en yüksek puan 63'tür. Ölçeğin Türkiye'deki geçerliliği Hisli (198) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir.

3.2.5 Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmektedir. Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. 21 maddeden oluşan, her maddenin 0-3 arası

puanlandığı bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Hastaya sorulan sorularla sıkıntı hissinin onu son bir haftadır ne kadar rahatsız ettiği sorgulanır. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır.

3.2.6 Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği (STAS)

Speilberger ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek, 34 maddelik 4'lü likert tipi bir ölçektir. Hiç (1 puan), Biraz (2 puan), Oldukça (3 puan) ve Tümüyle (4 puan) olarak değerlendirilir. Ölçeğin, ilk 10 maddesi sürekli öfkeyi, sonraki 24 maddesi öfke ifade tarzlarını ölçmektedir. Sürekli öfke, kişinin genelde kendini nasıl hissettiğini, ne derece öfke yaşadığını ifade etmektedir. Sürekli Öfke ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40'tır. Öfke İfade Tarzı Ölçeği, öfke içe vurumu (13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31. maddeleri), öfke dışa vurumu (12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33. maddeleri) ve öfke kontrolü (11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34. maddeleri) olmak üzere üç alt gruptan oluşmaktadır. Öfke-İçte, Öfke-Dışa ve Öfke Kontrolü alt ölçeklerinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir. Öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, Öfke Kontrol alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar yüksek öfke kontrol düzeyini, Öfke-Dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edilir olduğunu ve Öfke-İçte alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Özer (1994) tarafından yapılmıştır.

3.2.7 Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I ve STAI-II)

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiş, kısa ifadelerden oluşan bir özdeğerlendirme ölçeğidir. Toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Durumluk kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini betimlemesini; içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak yanıtlamasını gerektirir. Sürekli kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasını Öner ve LeCompte (1982) tarafından yapılmıştır. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeklerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Ölçeğindeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğindeki tersine

dönmüş ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. Genel olarak, durumluk ve sürekli kaygı puanlarının yüksek olması, anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermekte olup, puanları 60'ın üstünde olan bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu belirtilmektedir.

3.2.8 Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği (YİDÖ)

Friborg ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiştir. Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik güvenirliliği yapılmıştır. Ölçek 6 boyuttan oluşmaktadır. Bunlar, kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar şeklindedir. Ölçek maddelerinin değerlendirilmesi orijinal çalışmada olduğu gibi serbest bırakılmıştır. Tanışıklık (aşinalık) önyargısından (acquaintance bias) kurtulmak için hazırlanan ve cevapların karşısında bulunan beş kutucuk beşli Likert biçiminde düşünülerek istenilen biçimde değerlendirme yapılabilir. Puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa, cevap kutucuklarının soldan sağa doğru 12345 olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu görüş dikkate alınırsa ölçekteki; 1–3–4– 8–11–12–13–14–15–16–23–24–25–27–31–33 numaralı sorular ters sorular olacaktır (eğer puanlar azaldıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa; cevap kutucukları 54321 olarak değerlendirilecek ve ters sorular bu durumda 2–5–6– 7–9–10–17–18–19–20–21–22–26–28–29–30–32 numaralı sorular olacaktır). Araştırmada puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması tercihi seçilerek işlem yapılmıştır.

3.2.9 Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

Aleksitimiyi araştıran bu ölçek likert tipi, 1-5 arası puanlanan, 20 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Bagby ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması Sayar ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

3.2.10 Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II (YİYE-II)

Fraley ve Shaver (2000) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Selçuk ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçekte 18'i kaygı, 18'i kaçınma alt faktöründe olmak üzere yedili Likert tipinde toplam 36 madde vardır. Her bir alt boyuttan alınan puan 18 ile 126 arasında değişmekte ve ölçekten alınan puan arttıkça kaçınmacı bağlanma ya da bağlanma kaygısının arttığı söylenmektedir. Ölçeğin yönergesinde hastalardan, her bir maddenin romantik ilişkilerindeki duygu ve düşüncelerini ne derece yansıttığını 7 aralıklı ölçekler üzerinde değerlendirmeleri istenmiştir. Ölçekteki 4., 8., 16., 17., 18., 20., 21., 22., 24., 26., 30., 32., 34., ve 36. Maddelerin ters kodlanmadı gerekmektedir. İlgili boyutları ölçen maddeler ayrı ayrı toplanıp ortalamaları alınarak her bir hasta için kaygı ve kaçınma sürekli puanları hesaplanmıştır.

3.2.11 Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Bernstein ve Putnam (1986) tarafından geliştirilen, 28 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her maddesi için denekler 0-100 arasında puanlama yapmakta, alınan toplam puanların ortalaması hesaplanarak sonuç elde edilmektedir. Ölçekten alınan 30'un üstündeki puanlar disosiyatif bozukluğun varlığına işaret etmektedir. Ülkemizde yapılan Şar ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, ölçeğin güvenilirliği ile ilişkili olarak iç tutarlılığı ve test-tekrar test bağıntısı yüksek bulunmuştur.

3.3 Uygulama

Bu çalışma Gündüz Tedavi Programı'na alınan, çalışmaya girmeyi kabul eden ve 1 yıllık tedavi programını tamamlayıp program öncesi ve program bitiminden sonra kendileri ile görüşülen 46 hasta ile yapılmıştır. Çalışmayı tamamlayan hastalar 6 aylık yoğunlaştırılmış tedavi ve takip eden 6 ayda sürdürüm tedavisi olmak üzere toplam 1 yıllık bir tedavi programı görmüşlerdir. Hastaların hepsi programın başında çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Sonrasında hastaların ruhsal belirtilerin dağılım ve şiddetini ölçmek ve değerlendirmek için ruhsal belirtileri tarama ölçeği (Scl-90), Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Beck anksiyete ölçeği (BAÖ), Sürekli öfke ve öfke tarz ölçeği (STAS), Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği (STAI-I ve STAI-II), Toronto aleksitimi ölçeği (TAS-20), Disosiyatif yaşantılar ölçeği (DES); genel yaşam kalitelerini ölçmek için Kısa form 36 (SF-36), psikolojik dayanıklılıklarını ölçmek için Yetişkinler için dayanıklılık ölçeği (YİDÖ) ve erişkin bağlanma boyutlarını ölçmek için Yakın ilişkilerde yaşantılar ölçeği II (YİYE-II) özbildirime dayalı uygulanmıştır. Tüm bu veri toplama araçları gündüz tedavi programı başlangıcından hemen önce ve program bittikten sonra (12.ay) uygulanmıştır.

3.4 Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS v.21 paket programı ile yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov Testi) kullanılarak değerlendirilmiştir. Değişkenlerin bağımlı iki grup arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde Bağımlı Gruplar t Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için Tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanılmıştır. Etki güçleri de hesaplanarak sunulmuştur.

4 BULGULAR

4.1 Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan Gündüz Tedavi Programı'nı tamamlamış hastaların sosyodemografik özellikleri Tabla 1'de gösterildi.

Tablo 1: Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri

		n (%)
Cinsiyet	Kadın	41 (%89,1)
	Erkek	5 (%10,9)
Yaş	ort±SS	45,0±12
Toplam Öğretim Yılı	ort±SS	11,0± 4
Medeni Durum	Evli	31 (%67,4)
	Evli değil (dul, boşanmış, bekar)	15 (%32,6)
İş Durumu	Çalışıyor	6 (%13,0)
	Çalışmıyor	40 (%87,0)

Programı tamamlayıp çalışmaya alınan hasta sayısı 41'i kadın (%89,1) ve 5'i erkek (%10,9) olmak toplam 46'dır. Çalışmaya alınan 18 ile 65 yaş arasında değişen hastaların yaş ortalaması 45,0±12 idi. Çalışmaya alınan hastaların toplam eğitim yılı ortalamaları 11,0±4 idi. Medeni durumları incelendiğinde 31'i evli (%67,4) ve 15'i evli değildi (%32,6). Çalışmaya alınan hastaların çalışma durumlarına bakıldığında 6'sı (%13,0) bir işte çalışıyor, 40'ı (%87,0) ise herhangi bir işte çalışmıyordu.

4.2 Çalışma grubunun tedavi öncesi ve tedavi sonrası SCL-90 alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Çalışma grubunun Scl-90 Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği alt ölçek puanlarının tedavi öncesi ve tedavi sonrası puanlarının karşılaştırılması Tablo-2 de gösterilmiştir.

Tablo 2:SCL-90 Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırılması ile ilgili bulgular

	Tedavi Öncesi (Ort±SS)	Tedavi Sonrası (Ort±SS)	t	df	p	Cohen's D	%95 Güven Aralığı Alt Sınır	Üst Sınır
Somatizasyon	1.62±0.93	1.35±0.86	2.10	45	**0.041**	0.31	0.01	0.53
Anksiyete	1.61±0.97	1.20±0.82	3.36	45	**0.002**	0.50	0.17	0.66
Obsesif belirti	1.75±0.85	1.5±0.83	2.38	45	**0.022**	0.35	0.04	0.47
Depresyon	2.05±0.96	1.57±0.94	3.69	45	**0.001**	0.54	0.22	0.74
Kişiler arası duyarlılık	1.85±0.82	1.61±0.94	2.38	45	**0.022**	0.35	0.04	0.45
Psikotik belirti	1.23±0.76	1.01±0.77	2.50	45	**0.016**	0.37	0.04	0.41
Paranoid belirti	1.66±0.92	1.37±0.85	3.13	45	**0.003**	0.46	0.10	0.48
Öfke	1.33±0.86	1.25±0.88	0.77	45	**0.446**	0.11	-0.13	0.29
Fobik belirti	1.23±1.00	1.01±0.92	1.73	45	0.090	0.26	-0.04	0.49
Genel semptom indeksi	1.63±0.76	1.34±0.73	3.13	45	**0.003**	0.47	0.10	0.48

Scl-90: Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği

Çalışmaya alınan hasta grubunda, Scl-90 somatizasyon alt ölçek puanları (p=0,041), anksiyete alt ölçek puanları (p=0,002), obsesif belirti alt ölçek puanları (p=0,022; p<0,05) ve depresyon alt ölçek puanları (p=0,001) tedavi öncesi ve tedavi sonrasına göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmıştır. Yine çalışmaya alınan hasta grubunda Scl-90 kişiler arası duyarlılık alt ölçek puanları (p=0,022), psikotik belirti alt ölçek puanları (p=0,016), paranoid belirti alt ölçek puanları (p=0,003) ve öfke alt ölçek puanları (p=0,044) tedavi öncesi ve tedavi sonrasına göre karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmıştır. Scl-90 öfke alt ölçek toplam puanları ise (p=0,090) tedavi önce ve sonrasında karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Scl-90 genel semptom indeksi puanları (p=0,003) tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

4.3 Çalışma Grubunun Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Short Form (SF-36) Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışmaya alınan hastaların SF-36 alt ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3:SF-36 Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırılması ile ilgili bulgular

	Tedavi Öncesi (Ort±SS)	Tedavi Sonrası (Ort±SS)	t	df	p	Cohen's D	%95 Güven Aralığı Alt Sınır	Alt Sınır
SF36 fiziksel fonksiyon	67.72±24.12	75.33±20.01	-2.19	45	**0.034**	-0.32	-14.61	-0.61
SF36 fiziksel rol güçlüğü	45.11±41.71	57.06±36.77	-1.84	45	0.072	-0.27	-25.03	1.11
SF36 emosyonel rol güçlüğü	28.97±33.40	53.61±42.44	-3.03	45	**0.004**	-0.45	-40.99	-8.28
SF36 vitalite (enerji)	35.50±24.62	51.30±23.34	-4.55	45	**<0,001**	-0.67	-22.80	-8.81
SF36 ruhsal sağlık	47.91±18.46	58.43±20.99	-3.32	45	**0.002**	-0.49	-19.90	-4.14
SF36 sosyal işlevsellik	44.08±28.44	60.11±27.72	-2.99	45	**0.005**	-0.44	-26.84	-5.22
SF36 Ağrı	54.90±25.88	65.87±23.50	-2.62	45	**0.012**	-0.39	-19.41	-2.54
SF36 genel sağlık algısı	42.83±26.24	51.74±24.18	-3.06	45	**0.004**	-0.45	-14.78	-3.04

SF 36: Kısa Form 36

Çalışma grubunda SF-36 fiziksel fonksiyon alt ölçek puanları (p=0,034), emosyonel rol güçlüğü alt ölçek puanları (p=0,004), vitalite (enerji) alt ölçek puanları (p<0,001) ve ruhsal sağlık alt ölçek puanları (p=0,002) tedavi öncesi ve tedavi sonrasında karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur. Yine çalışmaya katılan hastalarda SF-36 sosyal işlevsellik alt ölçek puanları (p=0,005), ağrı alt ölçek puanları (0,012) ve genel sağlık algısı alt ölçek puanları (0,004) tedavi öncesi ve tedavi sonrası karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmüştür. SF-36 fiziksel rol güçlüğü alt ölçek puanlarında ise (p=0,072) tedavi öncesi ve tedavi sonrası karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır.

4.4 Çalışma grubunun tedavi öncesi ve tedavi Sonrası BDÖ, BAÖ, STAS, STAI-I, STAI-II, TAS-20 ve DES puanlarının karşılaştırılması

Çalışmaya alınan hastaların BDÖ, BAÖ, STAS, STAI-I, STAI-II, TAS-20 ve DES puanlarının karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4:Beck Depresyon, Beck Anksiyete, STAS, STAİ, TAS ve DES Ölçek Puanlarının tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırılması ile ilgili bulgular

	Tedavi Öncesi (Ort±SS)	Tedavi Sonrası (Ort±SS)	t	df	p	Cohen's D	%95 Güven Aralığı Alt Sınır	Alt Sınır
Beck depresyon	24.61±11.90	17.76±11.42	4.61	45	**<0,001**	0.679	3.85	9.84
Beck anksiyete	26.17±13.77	21.17±14.26	2.48	45	**0.017**	0.366	0.94	9.06
STAS-sürekli öfke	22.39±6.34	22.48±6.06	-0.11	45	0.912	-0.016	-1.66	1.48
STAS-öfke içe vurumu	20.22±4.84	19.20±4.77	1.53	45	0.133	0.226	-0.32	2.36
STAS-öfke dışa vurumu	16.99±5.14	16.35±4.22	1.37	45	0.178	0.202	-0.30	1.56
STAS-öfke kontrolü	20.02±4.77	20.13±4.66	-0.19	45	0.853	-0.027	-1.28	1.07
STAI-I	39.67±5.56	39.76±4.90	-0.10	45	0.922	-0.014	-1.87	1.70
STAI-II	48.80±6.14	48.20±5.83	0.62	45	0.536	0.092	-1.36	2.57
TAS-20	57.00±9.00	53.50±9.54	2.83	45	**0.007**	0.418	1.01	5.99
DES	18.30±17.63	14.39±15.29	2.58	45	**0.013**	0.380	0.86	6.97

STAS: Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği; STAI-I-II: Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği; TAS-20: Toronto Aleksitimi Skalası; DES: Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği

Katılımcıların Beck depresyon (p<0,001) ve Beck anksiyete puanları (p=0,017) tedavi öncesi ve tedavi sonrası karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastaların STAS sürekli öfke alt ölçek (p=0,912), öfke içe vurumu alt ölçek (p=0,133), öfke dışa vurumu alt ölçek (p=0,178) ve öfke kontrolü alt ölçek (p=0,853) puanları tedavi öncesi ve tedavi sonrasında karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Çalışma grubunun STAI-I (p=0,922) ve STAI-II (p=0,536) ölçek puanlarında da tedavi öncesi ve tedavi sonrası karşılaştırma yapıldığında anlamlı fark izlenmemiştir. Çalışmaya alınan hastaların TAS-20 (p=0,007) ve DES (p=0,013) toplam puanları ise tedavi öncesi ve sonrasında karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmıştır.

4.5 Çalışma grubunun tedavi öncesi ve sonrası YİDÖ ve YİYE-II ölçek puanlarının karşılaştırılması

Çalışmaya katılan hastaların tedavi öncesi ve sonrası YİDÖ ve YİYE-II ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: YİDÖ ve YİYE II Ölçekleri Alt Ölçek Puanlarının tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırılması ile ilgili bulgular

	Tedavi Öncesi (Ort±SS)	Tedavi Sonrası (Ort±SS)	t	df	p	Cohen'sD	%95 Güven Aralığı	
							Alt Sınır	Alt Sınır
YİDÖ yapısal stil	13.59±3.84	13.54±3.34	0.075	45	0.940	0.01	-1.12	1.21
YİDÖ gelecek algısı	9.56±4.48	11.41±5.32	-2.763	45	**0.008**	-0.41	-2.52	-0.39
YİDÖ aile uyumu	18.28±6.03	18.20±5.77	0.132	45	0.895	0.02	-1.24	1.41
YİDÖ kendilik algısı	16.22±7.14	18.40±7.13	-2.847	45	**0.007**	-0.42	-3.71	-0.64
YİDÖ sosyal yeterlilik	18.78±5.88	20.04±5.83	-1.826	45	0.074	-0.27	-2.65	0.13
YİDÖ sosyal kaynaklar	24.72±6.09	25.09±6.04	-0.435	45	0.666	-0.06	-2.08	1.34
YİYE-II kaygı puanı	4.14±1.11	3.76±1.25	2.236	45	**0.030**	0.33	0.04	0.71
YİYE-II kaçınma puanı	3.38±1.29	3.42±1.32	-0.268	45	0.790	-0.04	-0.33	0.25

YİDÖ: Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği; YİYE-II: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II

Çalışmaya katılan hastaların YİDÖ gelecek algısı alt ölçek puanları (p=0,008) ve YİDÖ kendilik algısı alt ölçek puanları (p=0,007) tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmıştır. Fakat YİDÖ yapısal stil alt ölçek puanları (p=0,940), aile uyumu alt ölçek puanları (p=0,895), sosyal yeterlilik alt ölçek puanları (p=0,074) ve sosyal kaynaklar alt ölçek puanları (p=0,666) tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcıların YİYE-II kaygı alt ölçek puanları (0,030) tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuşken, kaçınma alt ölçek puanları (p=0,790) tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında ise anlamlı fark bulunmamıştır.

5 TARTIŞMA

Bu çalışmada hastaneye yatmayı gerektirecek kadar şiddetli psikiyatrik semptomları olmayan fakat standart poliklinik hizmetlerinden de yeterli faydayı görememiş hastalarda Gündüz Tedavi Programı'nın, hastaların semptomlarını azaltmada, yaşam kalitelerini ve psikolojik dayanıklılıklarını arttırmada etkin bir tedavi metodu olduğunu göstermek amaçlanmıştır. Ülkemizde şizofreni başta olmak üzere kronik psikotik bozukluk şikayetleri olan hastalar için Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açılmıştır. Ancak psikotik şikayetleri olmamakla birlikte başta kişilik bozukluğu, kronik depresyon ve anksiyete şikayetleri olan, uygun bağlanma deneyimleri yaşayamamış, kimlik bütünlüğü ile ilgili yetersizlikleri olan, ağır örselenmeler yaşamış, standart poliklinik hizmetlerinden fayda görmemiş hasta popülasyonu için alternatif tedavi programlarının sayısı azdır. Bu programlarla ilgili ülkemizde yapılmış etkinlik çalışması yoktur. Bu sebeplerle çalışmamızın sonuçları literatüre katkısı açısından önemlidir. Aynı zamanda bu tür programların ülkemizde yaygınlaştırılması için yapılacak çalışmalara katkı sağlayabilir.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikoterapi Merkezi Gündüz Tedavi Programı, her hasta için 6 aylık yoğunlaştırılmış tedavi ve takip eden 6 ayda sürdürüm tedavi olmak üzere toplum bir yıllık bir tedavi programı sunmaktadır. Hastalar gündüz tedavi programına haftada 3 gün gelirler. Program içeriğinde haftada 2 kez etkileşim grubu, 1 kez psikodrama grubu, 1 kez sanat grubu, 1 bireysel psikoterapi ve 1 uzman viziti vardır. Ayrıca günaydın toplantıları ve sinema destekli terapi oturumları da yapılmaktadır.

Çalışmamız standart poliklinik tedavilerinden yeterli faydayı görememiş ve polikliniklerden Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Psikoterapi Merkezi'ne yönlendirilmiş, yapılan psikiyatrik görüşme ve değerlendirme sonrasında Gündüz Tedavi Programı için uygun görülmüş, kronik şiddetli psikiyatrik semptom ve şikayetleri olan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul etmiş, 1 yıllık tedavi programını tamamlamış, kendileri ile programın başlangıcında ve bitiminden hemen sonra görüşülmüş 46 hasta ile yapılmıştır. Araştırmamızda, gündüz tedavi programına alınan hastalarla programın başlangıcından hemen önce ve bitiminden hemen sonra görüşülerek özbildirim ölçeklerini doldurmaları sağlanmıştır. Katılımcıların psikiyatrik semptomlarının şiddeti, yaşam kaliteleri ve psikolojik dayanıklılıkları program öncesi ve sonrası özbildirim ölçek puanları sonuçlarına göre karşılaştırılmıştır.

Sosyodemografik veriler incelendiğinde; çalışmaya katılan hastaların %89,1'i kadın, %10,9'u erkektir ve hastaların ortalama yaşları 45±12'dir. Bu bulgularımız gündüz hastanesi tedavi programlarına katılan hastaların çoğunluğunu kadınların oluşturduğunu ve bu programlara katılan hastaların ortalama yaşlarının 40'lı yaşların ikinci yarısında olduğunu bulan araştırmalarla uyumludur (Nienhuis ve ark., 1994; Piersma ve Boes, 1997, Mbaya ve ark., 1998). Katılımcıların ortalama eğitim yılı 11,0±4 bulundu. Arnevik ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada hasta grubunun çoğunluğun ortalama eğitim yılının 12 yıldan az olduğu bulguyla bulgumuz uyumluyken; Rodzinski ve arkadaşlarının (2015) yayınladığı yakın tarihli çalışmada katılımcıların çoğunluğunun önlisans veya lisans mezunu olduğu bulgularla uyumsuzdur. Hastaların 31'i evli (%67,4), 15'i (%32,6) evli değildi (dul, boşanmış veya bekar). Çalışma durumuna bakıldığında ise sadece 6 hasta (%13,0) bir işte çalışıyor, 40'ı ise herhangi bir işte çalışmıyordu. Priebe ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada araştırmaya alınan hastaların %33'ü yalnız yaşıyor, %67'si başka biriyle yaşıyor ve yine çalışmaya alınan hasta grubunun %18'si çalışıyor ve %82'si çalışmıyor bulunmuştur. Başka bir çalışma da ise katılımcıların %67'si evli, %33'ü evli değil (dul, boşanmış veya bekar); yüzde 58'i bir işte çalışırken, %42'sinin çalışmadığı saptanmıştır (Mazza ve ark., 2004). Bu çalışmanın bulguları bizim bulgularımızdan medeni durum dağılımı ile uyumluyken, herhangi bir işte çalışanların dağılımı açısından uyumsuz bulunmuştur. Hastaların çoğunluğunun (%82) çalışmıyor oluşu ülkemiz şartlarında bir işte çalışırken haftada 3 gün yoğun bir tedavi programına katılmalarının çok zor oluşuyla açıklanabilir. Sosyodemografik bulgularımızın literatürden farklılıklarının araştırmaların yapıldığı ülkelerin ve toplumların sosyo-ekonomik, kültürel ve sağlık sistemlerinin farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan hastaların gündüz tedavi programı hemen öncesi ve programın 1 yıl sonra bitimini takiben uygulanan Scl-90 psikiyatrik belirti tarama testi, Beck depresyon ve Beck anksiyete toplam ölçek puanları karşılaştırıldığında Scl-90 öfke ve fobik berliti alt ölçek puanları hariç hem Scl-90 ile ölçülen psikiyatrik semptomlarında, hem depresyon ve anksiyete şikayetlerinde anlamlı azalma saptanmıştır (Genel Semptom İndeksi: $p= 0,003$, öfke alt ölçek puanı: $p= 0,446$, fobik belirti alt ölçek puanı: $p=0,090$; Beck depresyon, $p<0,001$; Beck anksiyete, $p=0,017$). Psikodinamik yönelimli gündüz tedavi programlarının hastaların klinik psikiyatrik semptomlarını azaltmada etkili ve faydalı olduğu literatürde hem kontrol grubunun kullanıldığı hem de farklı psikoterapi ekolleri ile karşılaştırmaların yapıldığı birçok çalışma ile gösterilmiştir (Piper ve ark., 1993; Wilberg ve ark., 1998; Bateman ve Fonagy, 1999; Mazza ve ark., 2004; Bartak ve ark., 2010; Lariviere ve ark., 2010; Rodzinski

ve ark., 2015). Piper ve arkadaşlarının (1993) yaptığı bir çalışmada kendilerinin dizayn ettiği 18 haftalık bir gündüz tedavi programını tamamlayan 120 hastanın tedavi sonrasında genel semptom indekslerinde anlamlı azalma bulunmuştur (p=0,02). Mazza ve arkadaşlarının (2004) yaptığı bir diğer çalışmada gündüz tedavi programından fayda göreceği düşünülerek kendilerine yönlendirilen 417 hastanın psikiyatrik görüşme ve değerlendirme yapılarak içlerinden duygudurum bozukluğu bulunan 84 tanesi depresyon, 101 tanesi bipolar tanılı toplam 185 hasta çalışmaya alınmıştır. 6 aylık tedavi programı sonrasında hastaların hem depresyon skorlarında (p<0,001) hem anksiyete skorlarında (p<0,001) anlamlı iyileşme saptanmıştır. Yine borderline kişilik bozukluğuna duygudurum ve anksiyete şikayetlerinin eşlik ettiği 19 hastayla tedavisine henüz başlanmamış 19 kişilik kontrol grubu ile yapılan 18 aylık takip süreli bir çalışmada (Bateman ve Fonagy, 1999) hastaların tedavi programı öncesi ve sonrası genel semptom indekslerinde (p <0,005) ve Beck depresyon puanlarında (p<0,001) anlamlı iyileşme görülmüştür. Ayrıca bu iyileşmenin program sonlandıktan sonra da sürdüğü belirtilmiştir. Bu sonuçlar bizim kronik psikiyatrik semptomları olan, polikliniklerden yeterli fayda görmemiş ve kişilik bozukluğu zemini olan hastaların tedavisinde psikodinamik yönelimli gündüz tedavi programlarının etkili olduğu görüşümüzle uyumludur. Bu çalışmalarla bizim çalışmamızın arasındaki en önemli fark tedavi sürelerindeki farklılıklardır. Tedavi süresi farklılıklarının sonuçlara etkisini belirlemek için çalışmalara ihtiyaç vardır. Hastalar Scl-90 öfke ve fobik belirti alt ölçeğinde anlamlı fark olmaması (p=0,446, p=0,090) literatürle uyumsuzdur ve sebepleri ek çalışmalar gerektirmektedir.

Programın merkezinde grup psikoterapileri vardır. Grup psikoterapilerinin bazı önemli özeliklerinin hastaların semptomlarını azaltma ve iyileştirmede etkili olduğunu düşünüyoruz. Psikiyatri polikliniklerinde uzun süre takip edilmiş ve yeterli iyileşmeyi görememiş hastalarda hem umutsuzluk hem de sadece kendilerinin bu şiddette sorunları olduğu düşüncesi vardır. Grup terapileri sürecinde başka insanlarında kendilerine benzer sorunları olduğunu görmeleri ve bu hastaların iyileşmelerini izlemeleri hastalar için rahatlatıcı, tedavi edici ve umut vericidir. (Yalom, 1985). Tedavi ekibinin birden fazla yapılandırılmış terapötik ve rehabilite edici tedavi yöntemlerini entegre bir şekilde kullanması programın etkinliğine katkıda bulunur. Yine grup terapilerinin yanında bireysel psikoterapinin olması sinerjik bir etki oluşturup hastalarım semptom ve şikayetlerinin azaltılmasına yardımcı olur.

Katılımcıların yaşam kalitelerinin SF-36 ölçeği ile tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırılmasına baktığımızda fiziksel rol güçlüğü alt ölçeği dışında (p=0,072) anlamlı farklılık bulunmuştur (genel sağlık algısı, p: 0,004). Programı tamamlayan hastaların yaşam

kalitelerinde anlamlı bir artış olduğu saptanmıştır. “Yaşam kalitesi” ifadesinin standartlaşmış ve sabit bir anlamı yoktur. Yaşam kalitesi, hem nesnel (yaşam standardı) hem de öznel (yaşam doyumu) özelliklerinden oluşur. Sağlık bilimlerinde ise “yaşam kalitesi” terimi, kişisel refahın sağlıkla ilgili yönünü ve psikososyal tarafları da içeren öznel bir sağlık algısını ifade eder (Brüggemann ve ark., 2007). Psikoterapötik yaklaşımlar psikopatolojiyi iyileştirmeye çalışmanın yanında tedavinin ilerleyişine katkı sağlayabilecek yaşam kalitesini ve sosyal desteği de geliştirmeyi amaçlar. Gündüz tedavi programlarının hastaların yaşam kalitelerini arttırdığını gösteren birçok çalışma vardır (Kallert ve ark., 2002; Arvenik ve ark., 2009; Kallert ve ark., 2007; Horn ve ark., 2015; Antonsen ve ark., 2014; Schene, 2004). Bartak ve arkadaşlarının (2010) yürüttüğü farklı terapötik modellerin C kümesi kişilik bozukluklarında etkisini araştıran çok merkezli prospektif bir çalışmada, beş farklı psikoterapötik modelin hepsinin çalışmaya katılan hastaların hayat kalitelerini birbirilerinden farklı büyüklükte olsa da anlamlı ölçüde arttırdığı bulunmuştur (Bartak ve ark., 2010). Bu çalışmadaki beş farklı modelden ikisi hastaların akşam evlerinde kaldıkları kısa süreli gündüz hastane tedavisi (en fazla 6 süren) ve uzun süreli gündüz hastane tedavisidir (6 aydan uzun süren). Bu modellerde grup psikoterapileri tedavinin merkezinde yer alıyordu. Fiziksel rol güçlüğü sonuçları dışındaki bulgularımız literatür bulgularıyla uyumludur.

Ruhsal şikâyet ve semptomlarla yaşam kalitesi arasında yakın bir ilişki vardır. Hastaların psikiyatrik şikayetlerinin azalmasının yaşam kalitelerini arttırıcı bir etki yaptığını düşünüyoruz. Psikiyatrik şikayetleri olan hastalar toplumun diğer kesimlerine göre daha fazla tek ve yalnız olma duygusuna kapılırlar. Günlük hayatlarında diğerleri ile duygu ve düşüncelerini paylaşma ve bu deneyimleri hakkında konuşma fırsatını pek yakalayamazlar. Bu fırsatları olduğunda ise olumsuz deneyimler yaşama ihtimalleri yüksektir. Tedavi programının hastalara sağlığı güvenli terapötik ortam bu duygu, duygu, deneyim ve fantezileri ele alma ve konuşma imkânı sağlar. Böylece hastaların kendilerini daha iyi anlama ve bunun sonucunda olumlu değişim yaşama imkân ve fırsatı sağlar. Bütün bunların hastanın hayatta yaşadığı öznel doyumunu arttırıp yaşam kalitesini arttırdığını düşünmekteyiz. Sağlık sorunları sebebiyle günlük yaşam aktivitelerinde yaşanan kısıtlılığı ifade eden fiziksel rol güçlüğü puanlarında anlamlı farklılık olmamasının eşlik eden komorbid hastalıklarla ilişkili olabileceği düşünülmüştür ve bu durumun komorbid fiziksel hastalıklarla ilişkisini araştıran çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamıza katılan hastaların Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanları tedavi programı öncesi ve sonrasında karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (sürekli

öfke: p=0,91, öfke içte: p=0,133, öfke dışa: p=0,178, öfke kontrol: p=0,853). Literatür taramamızda psikodinamik yönelimli gündüz tedavi programının tedavi öncesi ve sonrası katılımcıların öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları üzerine etkisini inceleyen çalışma bulamamakla beraber, psikodinamik yönelimli grup terapilerinin sürekli öfke düzeylerini azalttığı ve öfke ifade tarzlarını olumlu yönde etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Deffenbacher ve ark., 1990; Saini, 2009). Çalışmamızın bulguları bu literatür bilgileri ile uyumsuzdur. Öfke, gerçek veya var olduğu sanılan bir engelleme, tehdit veya haksızlık karşısında oluşan ve kişiyi bu rahatsız edici durumu ortadan kaldırmaya yönelten güçlü duygu olarak tarif edildiği gibi (Biagio, 1989), Spielberger ve arkadaşları (1991) tarafından basit bir sinirlilik veya kızgınlık halinden, yoğun hiddet durumuna kadar değişen derecesi olan bir duygusal durum olarak da tanımlanmıştır. Çalışmamıza alınan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzı alt ölçek puanlarında program sonrası anlamlı farklılık bulunmamasının bir nedeni çalışmaya alınan hastaların program öncesi ölçekten aldıkları puanlarının düşük olması olabilir. Ülkemizde 16-18 yaş ergenlerle ve üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda STAS sürekli öfke ve öfke alt ölçek ortalama puanlarının çalışmamızın verileri ile benzer olması bu düşüncemizi destekler niteliktedir (Albayrak ve Kutlu, 2009; Ata ve ark., 2011).

Araştırmamızın sonuçları hastaların tedavi programı öncesi ve sonrası Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-I, STAI-II) puanları açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunamamıştır (p= 0,922, p= 0,536). Bu bulgumuz literatür bulguları ile uyumsuzdur. Bateman ve Fonagy'nin (2001) yürüttüğü 18 aylık psikoanalitik yönelimli parsiyel hospitalizasyon takip çalışmasına alınan 44 kişiden 3'ü programı tamamlamadan ayrılmış, 22 kişi parsiyel hospitalizasyon programına alınmış, 19'u ise standart poliklinik tedavisi gören kontrol grubu olmuştur. 18 aylık program sonunda durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanları karşılaştırıldığında hem kontrol grubunda hem de parsiyel hospitalizasyon programını tamamlayan hastaların puanlarında olumlu yönde anlamlı azalma görülmüştür (p<0,05). Ancak takiplerde 36. ayda yapılan tekrar ölçümlerinde parsiyel hospitalizasyon programını bitiren hastalarda durumluk ve sürekli kaygı puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı oranda düşmeye devam ettiği görülmüştür (p<0,005). Bu çalışma parsiyel hospitalizasyon programlarının klinik semptomlarda iyileşme sağlamakla beraber bu iyileşmenin daha kalıcı ve sürekli olduğunu da göstermektedir. Aynı zamanda hastaların günlük hayatın getirdiği stres ve yüklerin üstesinden gelmek için gerekli olan psikolojik kapasitelerini de geliştirmektedir. Çalışmamıza alınan hastaların durumluk ve sürekli kaygı ölçek puanlarında anlamlı farklılığın olmaması, durumluk ve sürekli kaygı seviyelerinde

olumlu değişiklik olması için daha uzun süreli terapi programlarına ihtiyaç duyuyor olmalarından kaynaklanabilir.

Tedavi programını tamamlamış hastaların Toronto aleksitimi ölçek puanları tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,007). Çalışmamızdaki bu bulgu literatürle uyumludur (Swiller, 1988; Beresnevaite, 2000; Grabe ve ark., 2008; Tulipani ve ark., 2010; Ogrodniczuk ve ark., 2012). Orgodniczuk ve arkadaşlarının (2012) yaptığı naturalistik bir çalışmada 68 psikiyatri poliklinik hastasının tedavisine kapsamlı bir grup terapisi programının eklenmesinin sonuçları incelenmiştir. Aile hekimleri veya psikiyatristler tarafından bu programa yönlendirilen hastalar 2 yıldan uzun süredir hastalık geçmişine ve duygu durum, anksiyete ve kişilik sorunları şikayetlerine sahipti. Hastanın beş günü, her gün 3 saat süren toplam 12 haftalık bir tedavi programına alınan hastaların aleksitimi düzeyleri program başında, bitiminde ve bittikten 3 ay sonra TAS-20 ile değerlendirildi. Değerlerin karşılaştırılması sonucu hastaların hem program bitiminde hem de bitimden 3 ay sonraki aleksitimi değerlerinde olumlu yönde anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Aleksitimi skorlarının program bitiminden sonrada devam ettiği görüldü (Orgodniczuk ve ark., 2012). Çalışmamızda bulduğumuz anlamlı farklılık gündüz tedavi programının hastaların duyguları ve fiziksel algıları ayırt etme yeteneklerini geliştirdiğini ve duyguları arasındaki farklılıkları anlamalarına yardım ettiğini göstermektedir. Birkaç faktör aleksitimi puanlarının düşmesine etki etmiş olabilir. Programdaki grup terapileri formatı hastaları kendi içsel durumlarını açmaya, açıklamaya çalışmaya ve aynı şeyi yapan diğerlerinden öğrenmeye teşvik etmiştir. Gruptaki kişilerarası ortam, aleksitimik hastalara duygusal durumlarını tanımlamak ve iletmek için öğrendikleri becerileri uygulama fırsatı sunar. Programın bir yıllık zamana yayılması hastalara duygusal dünyalarına yeni yaklaşımlarla bakabilme ve bunu deneyebilme imkânı sağlar. Aynı zamanda hastaların farklı duygusal durumlarını algılama, yansıtma ve ayırt etme becerilerini geliştirmelerine katkıda bulunur (Fukunishi ve ark., 1997; Callum ve ark., 2003).

Katılımcıların disosiyatif yaşantıları tedavi programı öncesi ve sonrası disosiyatif yaşantılar ölçeği (DYÖ) toplam puanları ile değerlendirildiğinde anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,013). Literatür taramamızda gündüz tedavi programlarının disosiyatif yaşantılar şikayetlerine etkisini araştıran bir çalışmaya rastlamadık. Fakat grup veya bireysel psikoterapilerin disosiyatif yaşantılar üzerine olumlu etki ettiğini gösteren birçok çalışma vardır (Zlotnick ve ark., 1997; Kessler ve ark., 2003; Giesen-Bloo ve ark., 2006). Çalışmamızın sonuçları bu literatür bulguları ile uyumludur. Programımızın merkezinde yer

alan grup psikoterapilerinin tedavi edici etkenlerinin, hastaların disosiyatif şikayetlerini azaltmada da etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızın sonuçları katılımcıların YİDÖ puanları tedavi programı öncesi ve sonrasına göre karşılaştırıldığında, gelecek algısı ve kendilik algısı alt ölçek puanlarında anlamlı farklılık saptanmışken (p=0.008, p=0,007), yapısal stil, aile uyumu, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar alt ölçeklerinde anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.940, p=0.895, p=0.074, p=0.666). Psikolojik dayanıklılık; psikiyatrik rahatsızlıklara karşı koruyucu olduğu gösterilmiş etkenleri de kapsayan genel bir kavramdır. Genel olarak kişinin yaşadığı olumsuz deyimlerde kendini toparlayabilme, stres oluşturan durumlara uyum sağlayabilme, felaketlerinden üstesinden gelebilme veya olumlu uyum sağlayabilme becerileri olarak tanımlanmıştır (Garmezy, 1991; Luthar ve ark., 2000; Friborg ve ark., 2005). Gündüz tedavi programlarının psikolojik dayanıklılığa etkisini araştıran literatür çalışması bulamadık fakat bu programların ve içerisinde yer alan dinamik yönelimli grup ve bireysel psikoterapilerin psikolojik dayanıklılığın önemli bir parçası olan kendilik algısına ve gelecek algısına olumlu katkı yaptığını dair çalışmalar mevcuttur (Moscowitz, 1980; Piper ve ark., 1993; Cyranka ve ark., 2015, Lindfors ve ark., 2015). Kişilerin kendilik algıları ve benlik saygıları onların ruhsal iyilik halini anlamamızın merkezinde yer alır. Programdaki psikoterapi süreci hastalar için güçlü bir benlik algısı kaynağı olabilir. Çünkü olumlu bir benlik algısına güç veren önemli bir faaliyete katılma ve samimi bir ilişkide yer alma faktörleri psikoterapide vardır. Yine hastalar terapi sürecinde grubun olumlu yönlerini içselleştirerek ve grubun kendisi için gösterdiği empati ile daha güçlü bir benlik saygısı edinebilir. Bu ilişkinin gücüdür ve hastaların kendilerini daha iyi bir insan olarak deneyimlemelerine yardımcı olur (Sniderman, 1983). YİDÖ benlik ve gelecek algısındaki olumlu değişim literatür bulgusu ile uyumlu iken yapısal stil, aile uyumu, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynak alt ölçeklerinde anlamlı farklılık olmaması uyumsuz görünmektedir. Tyer ve arkadaşlarının (1987) yaptığı bir 2 yıllık bir takip çalışmasına katılan nevrotik 78 hasta 3 grubuna ayrılır: genel gündüz hastanesi grubu, özelleşmiş gündüz hastanesi grubu ve ayaktan poliklinik grubu. 24 aylık takibi tamamlayan bütün gruplardaki hastaların sosyal işlevselliklerinde tedavi başlangıcına göre anlamlı iyileşme yaptığı bulunmakla beraber en büyük değişimin olduğu grup özelleşmiş gündüz tedavi programında yer alan hastalarda saptanıyor (Tyer ve ark., 1987). Sosyal yeterlilikleri ve kaynakları zayıf, aile uyumu kötü olan hastaların tedavi başvuru ve arayışlarının daha zayıf olacağından, çalışmamız sonucunun literatürle uyumsuzluğunun bu hastaların tedavi grubuna alınamamış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Programın yapısında

hastaların aileleri ile ilgili yapılandırılmış görüşmeler ve programlar yoktur. Ailelerin tedavinin bir parçası olarak programda yer almaması, programın psikolojik dayanıklılığın önemli bileşenleri olan sosyal destek, sosyal kaynak ve aile uyumu parametrelerine istenen olumlu katkıyı yapmamış olabileceği de düşünülebilir.

Çalışmamıza alınan hastaların YİYE-II ölçek puanları programın başlangıcında ve bitişinde karşılaştırıldığında kaygı alt ölçek toplam puanlarında anlamlı farklılık saptanmışken (p=0,030) kaçınma alt ölçek toplam puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,790). Gündüz tedavi programlarının bağlanma stillerine etkisini araştıran çalışmaya literatürde rastlamadık. İnsan yavrusunun ilk bakım vereni ile yaşadığı duygusal bağ olarak ifade edilebilecek bağlanma ile ilgili ilk çalışmalar psikiyatrist ve psikanalist John Bowlby tarafından tarafından yapılmıştır (Bowlby, 1982). Bowlby, bağlanmayı "bir kişinin korktuğunda, yorulduğunda veya hasta olduğunda bir figürle ilişki kurmak ya da yakınlık aramak için duyduğu güçlü bir istek" olarak tanımlar (Bowlby, 1982). Bebek ile temel bakım vereni arasında oluşan bu bağ rahatlığı, güvenliği ve desteği içermektedir. Çocuklar bağlanma figürü ile etkileşimleri boyunca, zihinsel modeller geliştirirler (internal working models). Hazar ve Shaver, yaşamın erken dönemlerinde oluşan bağlanma stilleri ve zihinsel temsiller, göreceli olarak kalıcı ve sabit olduğu kabul edildiğinden hayatın sonraki zamanlarında kişilerin romantik ilişkilerinde, eşleri ve kendileri ile ilgili algılarında belirleyici olabileceğini düşünmüşlerdir (Hazan ve Shaver, 1987). YİYÖ kaygı puanının yüksekliği yakın ilişkilerde olumlu başkaları, olumsuz kendilik içsel temsillerini ifade ederken, kaçınma boyutundan alınan yüksek puanlar olumlu kendilik, olumsuz başkaları içsel temsillerini ifade etmektedir (Selçuk ve ark., 2005). Çalışmamızda bağlanma kaygı puanlarında tedavi sonrasında başlangıca göre anlamlı düşüş olması (4.14±1.11, 3.76±1.25) çalışmanın amaçları ile uyumluyken, kaçınma puanlarında (3.38±1.29, 3.42±1.32) tam tersine çok hafifte olsa bir artış olması çalışmamızın hipotezi ile uyumsuz görünmektedir. Yetişkin bağlanması kuramı bağlanmaya ilişkin kaygının onaylanmama ve ayrılık kaygısı ile olumlu yönde ilişki gösterdiğini öngörür. Diğer yandan kaçınma puanı yüksek olan kişilerin ise yalnızlıktan daha çok hoşlandıklarını söyler (Bylsma ve ark., 1997; Mikulincer ve Florian, 2001). Programın hastaların kişiler arası ilişkilerine olumlu etkileri onaylanmama ve ayrılık kaygılarını azaltarak yetişkin kaygılı bağlanma skorlarını azaltıyor olabilir. Bağlanmaya ilişkin kaçınma puanları yüksek olan hastalar ise gruplarda sessizliği, daha az etkileşime girmeyi ve yalnızlığı daha çok tercih ediyor olabilir. Bunun sonucunda kaçınma puanlarında istenen azalma olmamış olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda kontrol grubunun olmaması önemli bir kısıtlılıktır. Çalışmamıza alınan hastalar, hastanemiz psikiyatri polikliniklerinden takip edilip yeterli fayda görmediği düşünülerek GTP'ye yönlendirilen kişilerdir. Çalışmaya alınan hastalar sadece bizim merkezimize başvuran hastalardan seçildiği için "polikliniklerden yeterli faydayı görememiş" hasta popülasyonunun genel özelliklerini yansıtmayabilir. Hastaların psikiyatrik tanılarının iyileşmeyle ilişkisine bakılmamış olması bir diğer kısıtlılıktır. Çalışmamızın sonuçları değerlendirilirken ölçeklerin hepsinin özbildirim türü olduğu, bazı ölçekleri doldurmanın uzun sürdüğü ve sıkıcı olabileceği, bunun da sonuçlara etki etmiş olabileceği akılda tutulmalıdır. Çalışmanın bir yılın sonunda bitmesi ve hastalardaki iyileşmenin kalıcı olduğunun gösterilmesi için daha uzun süreli bir takibin gerekliliği çalışmanın diğer bir kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızın tüm bu kısıtlılık ve zayıflıklarına karşı bazı üstünlükleri de mevcuttur. Literatürde ülkemizde standart poliklinik tedavilerinden yeterli faydayı görememiş psikoz dışı kronik psikiyatrik şikayetleri olan hastalar için yapılandırılmış gündüz tedavi merkezi ve bu merkezlerin etkinliği ile ilgili bir yıl gibi uzun sayılabilecek bir süre devam eden klinik çalışmalar bulunmamaktadır. Bu yönüyle çalışmamız ilk niteliği taşımaktadır. Çalışmamızın bu hastalar için gündüz tedavi merkezi programlarının etkinliğini göstermesi hem bu hasta popülasyonu için alternatif bir tedavi imkânı sunmakta, hem de bu merkezlerin sayısının arttırılması için önemli ve yol gösterici olmaktadır. Ülkemizde gündüz tedavi merkezleri ve etkinlikleri hakkında daha fazla sayıda hasta ile daha çok çalışma yapılmasının literatüre katkı yapacağı düşünülmektedir.

6 SONUÇLAR

1. Gündüz tedavi programını tamamlayan hastaların Scl-90 belirti tarama testi ile ölçülen psikiyatrik şikayetlerinde öfke ve fobik şikayetleri dışında anlamlı iyileşme gözlenmiştir.

2. Tedavi programını tamamlayan hastaların Beck depresyon ve anksiyete ile ölçülen semptomlarında tedavi bitiminde anlamlı azalma saptanmıştır.

3. Hastaların SF-36 formu ile ölçülen hayat kalitelerinde program bitiminde fiziksel fonksiyon rol güçlüğü dışındaki alanların hepsinde anlamlı artış görülmüştür.

4. Tedavi programını tamamlayan hastaların STAS ve STAI ölçekleri ile değerlendirilen öfke ve durumluk-sürekli kaygı düzeylerinde tedavi bitiminde başlangıcına göre anlamlı farklılık bulunmamıştır.

5. Program bitiminde hastaların program öncesine göre aleksitimi puanlarında anlamlı düşüş saptanmıştır.

6. Hastaların tedavi bitiminde değerlendirilen disosiyatif yaşantı puanlarında başlangıca göre anlamlı azalma bulunmuştur.

7. Tedavi programına katılan hastaların psikolojik dayanıklılıkları program bitiminde değerlendirildiğinde YİDÖ ile değerlendirildiğinde benlik ve gelecek algılarında anlamlı olumlu değişim saptanmıştır. Yapısal stil, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar ve aile uyumu alanlarında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

8. Hastaların program sonrasında başlangıcına göre YİYÖ ile değerlendirildiğinde kaygı puanlarında anlamlı değişiklik saptanmışken, kaçınma puanlarında farklılık saptanmamıştır.

7 KAYNAKLAR

Albayrak, B., & Kutlu, Y. (2009). Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3), 57-69.

Ata, E.E., Akpınar Ş., & Kelleci M. (2011). Üniversite öğrencilerinin problemli internet kullanımı ile öfke ifade tarzları arasındaki ilişki. TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(4), 473-480.

Arnevik, E., Wilberg, T., Urnes, Ø., Johansen, M., Monsen, J. T., & Karterud, S. (2009). Psychotherapy for personality disorders: Short-term day hospital psychotherapy versus outpatient individual therapy–a randomized controlled study. European Psychiatry, 24(2), 71-78.

AS Alataş, G., Karaoğan, A., Arslan, M., & Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiatri Arşivi, 46.

Astrachan, B. M., Flynn, H. R., Geller, J. D., & Harvey, H. H. (1970). Systems approach to day hospitalization. Archives of General Psychiatry, 22(6), 550-559.

Austin, N. K., Liberman, R. P., King, L. W., & DeRisi, W. J. (1976). A comparative evaluation of two day hospitals: Goal attainment scaling of behavior therapy vs. milieu therapy. Journal of Nervous and Mental Disease.

Aydemir, Ö. (2012). Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler, 6, 328-333.

Bachrach, L. L. (1984). Asylum and chronically ill psychiatric patients. American Journal of Psychiatry, 141(8), 975-978.

Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res, 38:23-32

Bartak, A., Spreeuwenberg, M. D., Andrea, H., Holleman, L., Rijnierse, P., Rossum, B. V., ... & Verheul, R. (2010). Effectiveness of different modalities of psychotherapeutic treatment for patients with cluster C personality disorders: results of a large prospective multicentre study. Psychotherapy and Psychosomatics, 79(1), 20-30.

Basım HN, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2011; 22:104–14.

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. American journal of Psychiatry, 156(10), 1563-1569.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. American journal of Psychiatry, 158(1), 36-42.

Beck AT, Epstein N, Brown G ve ark. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. J Consult Clin Psychol, 56:893-897

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring. Archives of general psychiatry, 4, 561-571.

Beresnevaite, M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: a preliminary study. Psychotherapy and Psychosomatics, 69(3), 117-122.

Bernstein EM, Putnam PW. Development, reliability and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis. 1986; 174: 727-735.

Biaggio, M. K. (1989). Sex differences in behavioral reactions to provocation of anger. Psychological Reports, 64(1), 23-26.

Bylsma, W. H., Cozzarelli, C., & Sumer, N. (1997). Relation between adult attachment styles and global self-esteem. Basic and applied social psychology, 19(1), 1-16.

Block, B. M., & Lefkovitz, P. M. (1991). Standards and guidelines for partial hospitalization. Washington, DC, American Association for Partial Hospitalization.

Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Loss, sadness and depression (Vol. 3).

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. American journal of Orthopsychiatry, 52(4), 664.

Brüggemann, B. R., Garlipp, P., Haltenhof, H., & Seidler, K. P. (2007). Quality of life and social support as outcome characteristics of a psychiatric day hospital. German Journal of psychiatry, 10(3), 58-68.

McCallum, M., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2003). Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76(2), 133-144.

Cameron, D. E. (1947). The day hospital; an experimental form of hospitalization for psychiatric patients. Modern Hospital, 69(3), 60-62.

Casarino, J. P., Wilner, M., & Maxey, J. T. (1982). American Association for Partial Hospitalization (AAPH) standards and guidelines for partial hospitalization. International Journal of Partial Hospitalization, 1(1), 5.

Catty, J., & Burns, T. (2001). Mental health day centres: their clients and role. The Psychiatrist, 25(2), 61-66.

Clark, D. H. (1965). The therapeutic community—concept, practice and future. The British Journal of Psychiatry, 111(479), 947-954.

Crafoord, C. (1977). Day hospital treatment for borderline patients: the institution as transitional object. Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient, 385-397.

Craft, M. (1959). Psychiatric day hospitals. American Journal of Psychiatry, 116(3), 251-254.

Creed F, Black D, Anthony P, et al. Randomized controlled trial of day versus inpatient psychiatric treatment. BMJ 1990; 300:1033–1037.

Creed, F., Black, D., & Anthony, P. (1989). Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness: a critical appraisal. The British Journal of Psychiatry, 154(3), 300-310.

Creed, Mbaya P, Lancashire, et al. Cost-effectiveness of day and inpatient psychiatric treatment. BMJ 1997; 314:1381–1385.

Curral, R., Lopes, R., Silveira, C., Norton, A., Domingues, I., Lopes, F., ... & Roma-Torres, A. (2014). Forty years of a psychiatric day hospital. Trends in psychiatry and psychotherapy, 36(1), 52-58.

Dağ, I. (1991). Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R)'nin Üniversite Öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi.

Deffenbacher, J. L., McNAMARA, K. A. T. H. L. E. E. N., Stark, R. S., & Sabadell, P. M. (1990). A Comparison of Cognitive-Behavioral and Process-Oriented Group Counseling for General Anger Reduction. Journal of Counseling & Development, 69(2), 167-172.

Dereboy IF (1990) Aleksitimi öz-bildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine çalışma. Uzmanlık Tezi, Ankara

Derogatis LR. SCL-90: Administration, scoring and procedure manual-I for the revised version. Baltimore, MD, John Hopkins Univ. Clinical Psychometrics Unit, 1977.

DiBella, G. A. W. (1982). Handbook of partial hospitalization. Brunner/Mazel.

Dick PH, Cameron L, Cohen D, et al. Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison Br J Psychiatry 1985; 147:246–250.

Fidler, J. W. (1975). The day hospital: A multimodal group therapy. Group therapy, 38-48.

Foucault M (1961) Deliliğin Tarihi (Çev. M. A. Kılıçbay). İmge Kitabevi, Ankara; 1992.

Fraley RC, Shaver PR (2000) Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. Rev Gen Psychol 4:132-54

Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? Int J Methods Psychiatr Res 2003; 12:65–76.

Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. International journal of methods in psychiatric research, 14(1), 29-42.

Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. American behavioral scientist, 34(4), 416-430.

Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. Archives of general psychiatry, 63(6), 649-658.

Grabe, H. J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Gröger, R., Franke, G. H., ... & Spitzer, C. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. Psychotherapy and Psychosomatics, 77(3), 189-194.

Güney, M. (2001). Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri. Klinik Psikiyatri Dergisi, 4(4), 268-276.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. Journal of personality and social psychology, 52(3), 511.

Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliligi, guvenilirligi.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). J. Psychol., 7, 3-13.

Holloway, F. (1989). Psychiatric day care: The users' perspective. International Journal of Social Psychiatry, 35(3), 252-264.

Horn, E. K., Bartak, A., Meerman, A. M., Rossum, B. V., Ziegler, U. M., Thunnissen, M., ... & Stijnen, T. (2015). Effectiveness of psychotherapy in personality disorders not otherwise specified: a comparison of different treatment modalities. Clinical psychology & psychotherapy, 22(5), 426-442.

Horvitz-Lennon M, Normand SLT, Gaccione P, Frank RG. Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systematic review of the published literature (1957–1997). Am J Psychiarty 2001; 158:676–685.

Johnson S, Zinkler M, Priebe S (2001) Mental health service provision in England. Acta Psychiatr Scand; 104(Suppl. 410): 47-55.

Johnstone, P., & Zolese, G. (2000). Length of hospitalisation for people with severe mental illness. Cochrane Database Syst Rev, 2.

Jones, M., Baker, A., Freeman, T., Merry, J., Pomryn, B. A., Sandler, J., & Tuxford, J. (1953). The therapeutic community: A new treatment method in psychiatry.

Kallert TW, Glöckner M, Priebe S ve ark. (2004) A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 39: 777-788.

Kallert, T. W., Priebe, S., McCabe, R., Kiejna, A., Rymaszewska, J., Nawka, P., ... & Schutzwohl, M. (2007). Are Day Hospitals Effective for Acutely III Psychiatric Patients? A European Multicenter Randomized Controlled Trial. Journal of Clinical Psychiatry, 68(2), 278-287.

Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., Haaseth, Ø., ... & Urnes, Ø. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. Journal of Personality Disorders, 17(3), 243-262.

Karterud, S., & Wilberg, T. (2007). From general day hospital treatment to specialized treatment programmes. International Review of Psychiatry, 19(1), 39-49.

Kennedy, L. L. (1993). Groups in the day hospital. Group Therapy in Clinical Practice. Edited by Alonso A, Swiller HI. Washington, DC, American Psychiatric Press, 137-154.

Kessler, M. R. H., White, M. B., & Nelson, B. S. (2003). Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future outcome research. Child Abuse & Neglect, 27(9), 1045-1061.

Klar, H., Frances, A., & Clarkin, J. (1982). Selection criteria for partial hospitalization. Psychiatric Services, 33(11), 929-933.

Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. (1999) SF-36'nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi

Larivière, N., Desrosiers, J., Tousignant, M., & Boyer, R. (2010). Who benefits the most from psychiatric day hospitals? A comparison of three clinical groups. Journal of Psychiatric Practice®, 16(2), 93-102.

Lopes, R, & Curral, R. (2012). Day hospital in community psychiatry: Is it still an alternative to Mental Health Care. Arquivos de Medicana, 26(5), 218-22.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child development, 71(3), 543-562.

MacKenzie, K. R. (1987). Therapeutic factors in group psychotherapy: A contemporary view. Group, 11(1), 26-34.

Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiter, H., ... & Wiersma, D. (2003). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. Cochrane Database Syst Rev, 1.

Mazza, M., Barbarino, E., Capitani, S., Sarchiapone, M., & Risio, S. D. (2004). Day hospital treatment for mood disorders. Psychiatric Services, 55(4), 436-438.

Mikulincer, M., Florian, V., Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2002). Attachment security in couple relationships: A systemic model and its implications for family dynamics. Family process, 41(3), 405-434.

Mbaya, P., Creed, F., & Tomenson, B. (1998). The different uses of day hospitals. Acta Psychiatrica Scandinavica, 98(4), 283-287.

Mollica, R. F. (1983). From asylum to community: the threatened disintegration of public psychiatry. New England Journal of Medicine, 308(7), 367-373.

Nemiah, J. C. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. Modern trends in psychosomatic medicine, 2, 26-34.

Nienhuis, F. J., Giel, R., Kluiter, H., Ruphan, M., & Wiersma, D. (1994). Efficacy of psychiatric day treatment. Course and outcome of psychiatric disorders in a randomised trial. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 244(2), 73-80.

Ogrodniczuk, J. S., Sochting, I., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2012). A naturalistic study of alexithymia among psychiatric outpatients treated in an integrated group therapy program. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 85(3), 278-291.

Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin Betimlenmesi, Uygulanması ve Puanlanması. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları 1983, s:1-26.

Özer AK (1994). Sürekli Öfke (SL-Öfke) ve Öfke İfadesi Tarzı (Öfke-Tarz) Ölçekleri ön çalışması, Türk Psikoloji Dergisi, 9(31):26-35.

Pang, J. (1985). Partial hospitalization: An alternative to inpatient care. Psychiatric Clinics of North America.

Parker, S., & Knoll III, J. L. (1990). Partial hospitalization: an update. The American journal of psychiatry, 147(2), 156.

Piersma HL, Boes JL. Comparison of psychiatric day hospital patient and inpatient scores on the MCMI-III. J Clin Psychol. 1997; 53: 629-634

Piper WE, Rosie JS, Azim HFA, Joyce AS. A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. Hosp Community Psychiatry 1993; 44:757–763.

Piper WE, Rosie JS, Joyce AS, Azim HFA. Time-limited day treatment for personality disorders. Washington DC: American Psychological Association; 1996.

Piper, W. E., Rosie, J. S., Azim, H. F., & Joyce, A. S. (1993). A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. Psychiatric Services, 44(8), 757-763.

Ritter, L. A., Shirley, M. L. (2012). Community Mental Health. USA: Jones & Bartlett Learning.

Rodziński, P., Rutkowski, K., Sobański, J. A., Mielimąka, M., Murzyn, A., Cyranka, K., ... & Smiatek-Mazgaj, B. (2015). Changes in neurotic personality profile associated with reduction of suicidal ideation in patients who underwent psychotherapy in the day hospital for the treatment of neurotic and behavioral disorders. Psychiatr. Pol, 49(6), 1323-1341.

Rosie, J. S. (1987). Partial hospitalization: a review of recent literature. Psychiatric Services, 38(12), 1291-1299.

Rosie, J. S., Psych, M. R. C., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (1995). Effective Psychiatric Day. Psychiatric Services.

Saini, M. (2009). A meta-analysis of the psychological treatment of anger: Developing guidelines for evidence-based practice. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 37(4), 473-488.

Sayar K, Güleç H, Ak İ (2001) Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, 02-06 Ekim 2001, İstanbul, s.130.

Schene AH, van Wijngaarden B, Poelijoe NW, Gersons BPR. The Utrecht comparative study on psychiatric day treatment and inpatient treatment. Acta Psych Scandinavica 1993; 87:427–436.

Schene AH. Partial hospitalization. In: Thornicroft G, Szmukler G, editors. Textbook of community psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001. pp. 283–294.

Schene, A. H. (2004). The effectiveness of psychiatric partial hospitalization and day care. Current Opinion in Psychiatry, 17(4), 303-309.

Schene, A. H., Lieshout, P. A. H., & Mastboom, J. C. M. (1988). Different types of partial hospitalization programs: results of a nationwide survey in the Netherlands. Acta Psychiatrica Scandinavica, 78(4), 515-522.

Seidler, K. P., Garlipp, P., Machleidt, W., & Haltenhof, H. (2006). Treatment concepts of day hospitals for general psychiatric patients. Findings from a national survey in Germany. European psychiatry, 21(2), 110-117.

Selçuk E, Günaydın G, Sümer N ve ark. (2005) Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II'nin Türk örnekleminde psikometrik değerlendirilmesi. Türk Psikoloji Yazıları 8:1-11.

Shorter, E., & Marshall, J. C. (1997). A history of psychiatry. Nature, 386(6623), 346-346.

Sledge WH, Tebes J, Rakfeldt, et al. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, Part I: clinical outcomes. Am J Psychiatry 1996; 153:1065–1073.

Sniderman, M. S. (1983). Self-esteem in psychotherapy. The Canadian Journal of Psychiatry, 28(7), 577-582.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologist's Press, Palo Alto 1970, 23-49.

Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., & Crane, R. S. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. Advances in personality assessment, 2, 159-187.

Spielberger, C., Crane, R. S., Kearns, W. D., Pellegrin, K. L., Rickman, R. L., & Johnson, E. H. (1991). Anger and anxiety in essential hypertension. Stress and emotion, 14, 266-283.

Stein, L. I., & Test, M. A. (1985). Editors' notes. New Directions for Student Leadership, 1985(26), 1-5.

Swiller, H. I. (1988). Alexithymia: Treatment utilizing combined individual and group psychotherapy. International Journal of Group Psychotherapy, 38(1), 47-61.

Talbott, J. A. (1974). Stopping the revolving door—a study of readmissions to a state hospital. Psychiatric Quarterly, 48(2), 159-168.

Tulipani, C., Morelli, F., Spedicato, M. R., Maiello, E., Todarello, O., & Porcelli, P. (2010). Alexithymia and cancer pain: the effect of psychological intervention. Psychotherapy and psychosomatics, 79(3), 156-163.

Tyrer P, Remington M, Alexander J. The outcome of neurotic disorders after out-patient and day hospital care. Br J Psychiatry 1987; 151:57–62.

Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H (1998) Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. J Cogn Psychother, 12:163-172.

Vaughan, P. J. (1983). The disordered development of day care in psychiatry. Health trends, 15(4), 91-94.

Volovik, V. M., & Zachepitskii, R. A. (1986). Treatment, care, and rehabilitation of the chronic mentally ill in the USSR. Psychiatric Services, 37(3), 280-282.

Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care, 1992; 30: 473-483.

Weil, F. (1984). Day hospitalization as a therapeutic tool. Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 9(4), 165-169.

Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, Ø., Pedersen, G., & Friis, S. (1998). Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program. Psychiatric services, 49(11), 1462-1467.

Winnicott DW: Transitional objects and transitional phenomena: a study of the first not-me position. Int J Pscyhoanal 34:1-9, 1953

Yalom, I. D. (1985). The theory and practice of group psychotherapy.

Yargıç LI, Tutkun H, Şar V. The reliability and validity of the Turkish version of the dissociative experiences scale. Dissociation.1995; 8:10-13.

Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., & Pearlstein, T. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. Journal of Traumatic Stress, 10(3), 425-436.

EKLER

ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

"Erenköy Psikoterapi Merkezi Gündüz Tedavi Programının Etkinliği ve Tedavi Masraflarına Etkisinin Araştırılması" isimli araştırma Dr.Murat Kuru tarafından açıklandı.

Araştırmanın, çeşitli psikiyatrik testler uygulanmak üzere, kendisi tarafından yürütüleceğini belirtti. Araştırmaya katılmam halinde uygulanan testlerin gizlilik içinde yürütüleceğini, gerekirse testlere başladıktan sonra araştırmadan ayrılabileceğimi açıkladı. Ayrıca tez çalışmasında kullanılmak üzere, 3.şahıslarla paylaşılmaması ve bunun için gerekli önlemlerin alınması koşuluyla Sosyal Güvenlik Merkezi'ndeki sağlık harcama ve sağlık kurumlarına başvuru bilgilerimin (poliklinik-acil başvuruları, ilaç kullanımı, yatarak tedaviler, yapılan işlemler-ameliyatlar ve hepsinin maliyet bilgileri dahil) verilerimin kullanılmasına izin veriyorum.

Bu araştırma hakkında sözel olarak bilgilendirildim ve araştırmanın amacı açıklandı. Kendi isteğim ve arzumla bu araştırmaya gönüllü olarak katılıyorum.

Tarih:

Araştırmaya katılan gönüllü hastanın;

Adı soyadı :

İmzası :

Araştırmayı yürüten Dr.;

Adı soyadı :

Bölümü:

İmzası :

SOSYODEMOGRAFİK FORM

1. **Katılımcı No:**_____

2. **Yaşınız:** _____

3. **Cinsiyetiniz:**
   Kadın Erkek

4. **Medeni Durumunuz:**
   Evli Evli değil (Bekar, dul,boşamış)

5. **Maaşlı bir işte çalışıyor musunuz? Çalışıyorsanız tanımlayınız:**
   Hayır Evet_____

6. **Eğitim durumunuz nedir?**
   Okur-yazar değil
   İlköğretim
   Ortaöğretim
   Yükseköğrenim
   Diğer:_____

7. **Toplam Öğrenim Yılınız?** _____

8. **Kendi gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?**
   Düşük Orta Yüksek

9. **Sosyal desteğinizi nasıl tanımlarsınız?**
   Var Yok Yetersiz

10. **Sigara kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız miktarını belirtiniz.**
    Hayır
    Evet: Günde ortalama_____ adet

11. **Alkol kullanıyor musunuz?**
    Hayır
    Evet

12. **Uyuşturucu-uyarıcı madde kullanıyor musunuz?**

    Hayır
    Evet(Belirtiniz_____)

SCL-90-R

(psikolojik belirti tarama listesi)

ADI, SOYADI:..... YAŞ: CİNSİYETİ(E/K): MESLEĞİ:

AÇIKLAMA: Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınmaların ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatle okuyunuz. Sonra bu durumun bu gün de dahil olmak üzere son üç ay içerisinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini gösterilen şekilde numaralandırarak işaretleyiniz.

Hiç : 0
Çok az : 1
Orta derecede : 2
Oldukça fazla : 3
İleri derecede : 4

Örnek: 1. (2) Baş ağrısı

1. ( ) Baş ağrısı
2. ( ) Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. ( ) Zihinden atamadığınız tekrarlayan, hoşa gitmeyen düşünceler
4. ( ) Baygınlık ya da baş dönmesi
5. ( ) Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. ( ) Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. ( ) Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. ( ) Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. ( ) Olayları anımsamada güçlük
10. ( ) Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili düşünceler
11. ( ) Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. ( ) Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar
13. ( ) Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. ( ) Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. ( ) Yaşamınızın sonlanması düşünceleri
16. ( ) Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. ( ) Titreme
18. ( ) Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. ( ) İştah azalması
20. ( ) Kolayca ağlama
21. ( ) Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. ( ) Tuzağa düşürülmüş veya yakalanmış olma hissi
23. ( ) Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. ( ) Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. ( ) Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. ( ) Olanlar için kendisini suçlama
27. ( ) Belin alt kısmında ağrılar
28. ( ) İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. ( ) Yalnızlık hissi
30. ( ) Karamsarlık hissi
31. ( ) Her şey için çok fazla endişe duyma
32. ( ) Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. ( ) Korku hissi
34. ( ) Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. ( ) Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi
36. ( ) Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. ( ) Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. ( ) İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak

39. ( ) Kalbin çok hızlı çarpması
40. ( ) Bulantı ve midede rahatsızlık hissi
41. ( ) Kendini başkalarından aşağı görme
42. ( ) Adale (kas) ağrıları
43. ( ) Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. ( ) Uykuya dalmada güçlük
45. ( ) Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. ( ) Karar vermede güçlük
47. ( ) Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. ( ) Nefes almada güçlük
49. ( ) Soğuk veya sıcak basması
50. ( ) Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu
51. ( ) Hiç bir şey düşünmeme hali
52. ( ) Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. ( ) Boğazınıza bir yumru takınmış hissi
54. ( ) Gelecek konusunda ümitsizlik
55. ( ) Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. ( ) Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. ( ) Gerginlik veya coşku hissi
58. ( ) Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. ( ) Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. ( ) Aşırı yemek yeme
61. ( ) İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. ( ) Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. ( ) Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. ( ) Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. ( ) Yıkanma, sayma, dokunma, gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. ( ) Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. ( ) Bazı şeyleri kırıp dökme hissi
68. ( ) Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. ( ) Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme
70. ( ) Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. ( ) Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. ( ) Dehşet ve panik nöbetleri
73. ( ) Toplum içinde yer, içerken huzursuzluk hissi
74. ( ) Sık sık tartışmaya girme
75. ( ) Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. ( ) Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. ( ) Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. ( ) Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme
79. ( ) Değersizlik duygusu
80. ( ) Size kötü bir şey olacakmış hissi
81. ( ) Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. ( ) Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. ( ) Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. ( ) Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması
85. ( ) Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi
86. ( ) Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. ( ) Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. ( ) Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama
89. ( ) Suçluluk duygusu
90. ( ) Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

Ek 2. SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

SF 36

1.Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
a)Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d)Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesine göre çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi Ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz arkadaş veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi c) Orta derecede etkiledi d) Oldukça etkiledi e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz.) ne kadar etkiledi?

a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi c) Orta derecede etkiledi d) Oldukça etkiledi e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?
Her bir ifade için uygun olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1
(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

2
(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3
(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

4
(0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.

5
(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

6
(0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.

7
(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

8
(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9
(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10
(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11
(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

12
(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

13
(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

14
(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

15
(0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

16
(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

17
(0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

18
(0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

19
(0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

20
(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

21
(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımdan dolayı cezalandırılabileceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-D skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.
Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et-kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor-landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın-calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

STAS

1.Bölüm:

Yönerge:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun,sonra da ***genel*** olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin,***genel*** olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

1.Hiç
2.Biraz
3.Oldukça
4.Tümüyle

	Sizi ne kadar tanımlıyor? Hiç Tümüyle			
1.Çabuk parlarım.	1	2	3	4
2.*Kızgın mizaçlıyımdır.*	1	2	3	4
3.Öfkesi burnunda bir insanım.	1	2	3	4
4.*Başkalarının hataları,yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.*	1	2	3	4
5.Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.	1	2	3	4
6.*Öfkelenince kontrolümü kaybederim.*	1	2	3	4
7.Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.	1	2	3	4
8.*Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.*	1	2	3	4
9.Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.	1	2	3	4
10.*Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.*	1	2	3	4

2.Bölüm:

Yönerge: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeyin.

1.Hiç
2.Biraz
3.Oldukça
4.Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Sizi ne kadar tanımlıyor? Hiç Tümüyle			
11.Öfkemi kontrol ederim.	1	2	3	4
12.*Kızgınlığımı gösteririm.*	1	2	3	4
13.Öfkemi içime atarım.	1	2	3	4
14.*Başkalarına karşı sabırlıyımdır.*	1	2	3	4
15.Somurtur ya da surat asarım.	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Sizi ne kadar tanımlıyor? Hiç Tümüyle
16.İnsandan uzak dururum.	1 2 3 4
17.*Başkalarına iğneli sözler söylerim.*	1 2 3 4
18.Soğukkanlılığımı korurum.	1 2 3 4
19.*Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.*	1 2 3 4
20.İçin için köpürürüm ama gösteremem.	1 2 3 4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Sizi ne kadar tanımlıyor? Hiç Tümüyle
21.Davranışlarımı kontrol ederim.	1 2 3 4
22.*Başkalarıyla tartışırım.*	1 2 3 4
23.İçimde,kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	1 2 3 4
24.*Beni çileden çıkaran her neyse* saldırırım.	1 2 3 4
25.Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	1 2 3 4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Sizi ne kadar tanımlıyor? Hiç Tümüyle
26.Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	1 2 3 4
27.*Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.*	1 2 3 4
28.Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	1 2 3 4
29.*Kötü şeyler söylerim.*	1 2 3 4
30.Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	1 2 3 4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Sizi ne kadar tanımlıyor? Hiç Tümüyle
31.İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	1 2 3 4
32.*Sinirlerime hakim olamam.*	1 2 3 4
33.Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.	1 2 3 4
34.*Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.*	1 2 3 4

STAI-1

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyunuz, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtiniz. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamaksızın anında nasıl hissettiğinizi gösterir anıtı işaretleyiniz.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim	( )	( )	( )	( )
2. Kendimi emniyette hissediyorum	( )	( )	( )	( )
3. Şu anda sinirlerim gergin	( )	( )	( )	( )
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	( )	( )	( )	( )
5. Şu anda huzur içindeyim	( )	( )	( )	( )
6. Şu anda keyfim yok	( )	( )	( )	( )
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum	( )	( )	( )	( )
8. Kendimi dinlenmiş gibi hissediyorum	( )	( )	( )	( )
9. Şu anda kaygılıyım	( )	( )	( )	( )
10. Kendimi rahat hissediyorum	( )	( )	( )	( )
11. Kendime güvenim var	( )	( )	( )	( )
12. Şu anda asabım bozuk	( )	( )	( )	( )
13. Çok sinirliyim	( )	( )	( )	( )
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	( )	( )	( )	( )
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	( )	( )	( )	( )
16. Şu anda halimden memnunum	( )	( )	( )	( )
17. Şu anda endişeliyim	( )	( )	( )	( )
18. Heyecandan şaşkına dönmüş hissediyorum	( )	( )	( )	( )
19. Şu anda sevinçliyim	( )	( )	( )	( )
20. Şu anda keyfim yerinde	( )	( )	( )	( )

STAI-2

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyunuz, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtiniz. Doğru ya da yanlış yanıt yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamaksızın anında nasıl hissettiğinizi gösterir anıtı işaretleyiniz.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Genellikle keyfim yerindedir	( )	( )	( )	( )
2. Genellikle çabuk yorulurum	( )	( )	( )	( )
3. Genellikle kolay ağlarım	( )	( )	( )	( )
4. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	( )	( )	( )	( )
5. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	( )	( )	( )	( )
6. Kendimi dinlemiş hissederim	( )	( )	( )	( )
7. Genellikle sakin, kendime hakimim	( )	( )	( )	( )
8. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	( )	( )	( )	( )
9. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	( )	( )	( )	( )
10. Genellikle mutluyum	( )	( )	( )	( )
11. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim	( )	( )	( )	( )
12. Genellikle kendime güvenim yoktur	( )	( )	( )	( )
13. Genellikle kendimi emniyette hissederim	( )	( )	( )	( )
14. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	( )	( )	( )	( )
15. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	( )	( )	( )	( )
16. Genellikle hayatımdan memnunum	( )	( )	( )	( )
17. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	( )	( )	( )	( )
18. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	( )	( )	( )	( )
19. Aklı başında ve kararlı bir insanım	( )	( )	( )	( )
20. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	( )	( )	( )	( )

TAS-20

Toronto Aleksitimi Skalası

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.
Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zan
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.....	1	2	3	4	5

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...							
Her zaman bir çözüm bulurum							Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...							
Başarılması zordur							Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...							
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda							Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum							
Diğer kişilerle birlikte							Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...							
Benimkinden farklıdır							Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...							
Hiç kimseyle tartışmam							Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...							
Çözemem							Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...							
Nasıl başaracağımı bilirim							Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...							
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım							Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak							
Önemli değildir							Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim							
Çok mutlu							Çok mutsuz
12. Beni ...							
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir							Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...							
Olduğuna çok inanırım							Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum							
Ümit verici							Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...							
Zamanımı planlama							Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir							
Kolayca yapabildiğim							Yapmakta zorlandığım

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...						
Birbirinden bağımsız						Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...						
Zayıftır						Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...						
Çok fazla güvenmem						Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...						
Belirsizdir						İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...						
Günlük yaşamımda yoktur						Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...						
Benim için zordur						Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...						
Geleceğe pozitif bakar						Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...						
Bana hemen haber verilir						Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken						
Kolayca gülerim						Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:						
Birbirlerini desteklemez biçimde						Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım						
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden						Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır						
Her şeyi umutsuzca gören bir						Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...						
Zordur						Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...						
Bana yardım edebilecek kimse yoktur						Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...						
Başa çıkmaya çalışırım						Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...						
İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...						
Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler

(YIYE-II)

Aşağıdaki maddeler romantik ilişkilerinizde hissettiğiniz duygularla ilgilidir. Bu araştırmada sizin ilişkinizde yalnızca şu anda değil, genel olarak neler olduğuyla ya da neler yaşadığınızla ilgilenmekteyiz. Maddelerde sözü geçen "birlikte olduğum kişi" ifadesi ile romantik ilişkide bulunduğunuz kişi kastedilmektedir. Eğer halihazırda bir romantik ilişki içerisinde değilseniz, aşağıdaki maddeleri bir ilişki içinde olduğunuzu varsayarak cevaplandırınız. Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşılarındaki 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz.

1----------2----------3----------4----------5----------6----------7

Hiç katılmıyorum — Kararsızım/ fikrim yok — Tamamen katılıyorum

1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği kaygısına kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsediğim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.	1	2	3	4	5	6	7
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

1——2——3——4——5——6——7

Hiç katılmıyorum — Kararsızım/ fikrim yok — Tamamen katılıyorum

17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.	1	2	3	4	5	6	7
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.	1	2	3	4	5	6	7
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendimden şüphe etmeme neden olur.	1	2	3	4	5	6	7
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
21. Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
23. Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yakınlaşmak istemediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.	1	2	3	4	5	6	7
26. Başımdan geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.	1	2	3	4	5	6	7
27. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, "gerçek ben"den hoşlanmayacağından korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkelendirir.	1	2	3	4	5	6	7
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5	6	7
34. Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.	1	2	3	4	5	6	7
35. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda önemser.	1	2	3	4	5	6	7
36. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.	1	2	3	4	5	6	7

DİSSOSİYATİF YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (DES)
Bernstein & Putnam,1986,1993

Türkçe'ye uyarlayanlar: Vedat Şar, L.İlhan Yargıç, Hamdi Tutkun

Bu test günlük hayatınızda başınızdan geçmiş olabilecek yaşantıları konu alan 28 sorudan meydana gelmektedir. Sizde bu yaşantıların ne sıklıkta olduğunu anlamak istiyoruz. Yanıt verirken, alkol ya da ilaç etkisi altında meydana gelen yaşatıları değerlendirmeye katmayınız. Lütfen her soruda, anlatılan durumun sizdekine ne ölçüde uyduğunu 100 üzerinden değerlendiriniz ve uygun olan rakamı daire içine alınız.

Örnek:

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

SORULAR

1. Bazı insanlar, yolculuk yaparken yol boyunca ya da yolun bir bölümünde neler olduğunu hatırlamadıklarını birden farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

2. Bazı insanlar zaman zaman, birisini dinlerken, söylenenlerin bir kısmını ya da tamamını duymamış olduklarını birden farkederler.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

3. Bazı insanlar kimi zaman, kendilerini nasıl geldiklerini bilmedikleri bir yerde bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

4. Bazı insanlar zaman zaman kendilerini, giydiklerini hatırlamadıkları elbiseler içinde bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

5. Bazı insanlar zaman zaman eşyaları arasında,satın aldıklarını hatırlamadıkları yeni şeyler bulurlar.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

6. Bazı insanlar, zaman zaman, yanlarına gelerek başka bir isimle hitabeden ya da önceden tanıştıklarında ısrar eden, tanımadıkları kişilerle karşılaşırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

7. Bazı insanlar, zaman zaman, kendilerinin yanıbaşında duruyor ya da kendilerini birşey yaparken seyrediyor ve sanki kendi kendilerine karşıdan bakıyormuş gibi bir his duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

8. Bazı insanlara, arkadaşlarını ya da aile bireylerini, zaman zaman tanımadıklarının söylendiği olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

9. Bazı insanlar, yaşamlarındaki kimi önemli olayları (örneğin nikah ya da mezuniyet töreni) hiç hatırlamadıklarını farkederler. Yaşamınızdaki bazı önemli olayları hiç hatırlamama durumunun sizde ne oranda olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

10. Bazı insanlar zaman zaman, yalan söylemediklerini bildikleri bir konuda, başkaları tarafından, yalan söylemiş olmakla suçlanırlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

11. Bazı insanlar kimi zaman, aynaya baktıklarında kendilerini tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

12. Bazı insanlar kimi zaman, diğer insanların, eşyaların ve çevrelerindeki dünyanın gerçek olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

13. Bazı insanlar, kimi zaman vücutlarının kendilerine ait olmadığı hissini duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

14. Bazı insanlar, zaman zaman geçmişteki bir olayı o kadar canlı hatırlarlar ki, sanki o olayı yeniden yaşıyor gibi olurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

15. Bazı insanlar kimi zaman, olduğunu hatırladıkları şeylerin, gerçekte mi yoksa rüyada mı olduğundan emin olamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

16. Bazı insanlar zaman zaman, bildikleri bir yerde oldukları halde orayı yabancı bulur ve tanıyamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

17. Bazı insanlar, televizyon ya da fim seyrederken, kimi zaman kendilerini öyküye o kadar kaptırırlar ki çevrelerinde olan bitenin farkına varamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

18. Bazı insanlar kimi zaman kendilerini, kafalarında kurdukları bir fantazi ya da hayale o kadar kaptırırlar ki, sanki bunlar gerçekten başlarından geçiyormuş gibi hissederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

19. Bazı insanlar, ağrı hissini duymamayı zaman zaman başarabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

20. Bazı insanlar kimi zaman, boşluğa bakıp hiç bir şey düşünmeden ve zamanın geçtiğini anlamaksızın oturduklarını farkederler.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

21. Bazı insanlar, yalnız olduklarında, zaman zaman sesli olarak kendi kendilerine konuştuklarını farkederler.Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

22. Bazı insanlar kimi zaman iki ayrı durumda o kadar değişik davrandıklarını görürler ki, kendilerini neredeyse iki farklı insanmış gibi hissettikleri olur. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

23. Bazı insanlar, normalde güçlük çektikleri bir şeyi (örneğin spor türleri, iş, sosyal ortamlar vb.) belirli durumlarda son derece kolay ve akıcı biçimde yapabildiklerini farkederler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

24. Bazı insanlar, zaman zaman, bir şeyi yaptıklarını mı yoksa yapmayı sadece akılarından geçirmiş mi olduklarını (örneğin bir mektubu postaya attığını mı yoksa sadece atmayı düşündüğünü mü) hatırlayamazlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

25. Bazı insanlar kimi zaman, yaptıklarını hatırlamadıkları şeyleri yapmış olduklarını gösteren kanıtlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

26. Bazı insanlar, zaman zaman eşyaları arasında, kendilerinin yapmış olması gereken, fakat yaptıklarını hatırlamadıkları yazılar, çizimler ve notlar bulurlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

27. Bazı insanlar, zaman zaman kafalarının içersinde, belli şeyleri yapmalarını isteyen ya da yaptıkları şeyler üzerine yorumda bulunan sesler duyarlar. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100

28. Bazı insanlar, zaman zaman, dünyaya bir sis perdesi arkasından bakıyormuş gibi hissederler, öyle ki insanlar ve eşyalar çok uzakta ve belirsiz görünürler. Bu durumun sizde ne sıklıkta olduğunu yüz üzerinden değerlendirerek uygun olan yüzdeyi daire içine alınız.

%0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 %100