

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ ALMIŞ BİREYLERİN TABURCULUK
SONRASI ERKEN DÖNEMDE HEMŞİRELİK BAKIM
GEREKİMLERİ VE ÖZ-BAKIM GÜÇLERİNİN BELİRLENMESİ

Sultan TAŞ

Yüksek Lisans Tezi

Antalya, 2014

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

**ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ ALMIŞ BİREYLERİN TABURCULUK
SONRASI ERKEN DÖNEMDE HEMŞİRELİK BAKIM
GEREKSİNİMLERİ VE ÖZ-BAKIM GÜÇLERİNİN BELİRLENMESİ**

Sultan TAŞ

Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi Tarafından desteklenmiştir. (Proje No: 2013.02.0122.001)

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir.”

Antalya, 2014

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma, jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 20 Haziran 2014

Tez Danışmanı : **Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU**
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği A.D.



Üye : **Prof. Dr. M. Ziya FIRAT**
Akdeniz Üniversitesi
Ziraat Fakültesi
Biyometri ve Genetik A.D.



Üye : **Doç. Dr. Selma ÖNCEL**
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.



Üye : **Doç. Dr. Özen KULAKAÇ**
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D.



Üye : **Yrd. Doç. Dr. İlkay ARSLAN**
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D.



ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun / / tarih ve / sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail ÜSTÜNEL
Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu çalışma, şizofreni tedavisi almış bireylerin taburcu olduktan sonraki erken dönemde hemşirelik bakım gereksinimleri ve öz-bakım güçlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya Nisan 2013-Nisan 2014 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gördükten sonra taburcu olan ve araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan 31 birey alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanmasında bireylerin tanıtıcı özelliklerinin ve taburculuk sonrası bakım gereksinimlerinin belirlenmesine yönelik Bakım Gereksinimleri Belirleme Formu ile Öz-bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar, Kolmogorov-Smirnov, t-testi, Tek yönlü (One way) varyans analiz (ANOVA) testi, Duncan çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise $p < 0,05$ ile tanımlanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 35.58 ± 11.57 'dir. Bireylerin %58.1'i kadın, %41.9'u erkek olup, ortalama hastalık başlangıç yaşı 23.81 ± 8.38 'dir. Bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması 99.32 ± 21.86 olarak belirlenmiş, ölçekten alınan en düşük puanın 46, en yüksek puanın 136 olduğu görülmüştür. Bekâr bireylerin, çocuğu olmayanların ve ailesinde ruhsal hastalığa sahip başka birey olanların öz-bakım gücü puan ortalamasının diğerlerine göre daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Bireylerin büyük çoğunluğunun, hastalığı; "sıkıntı, çaresizlik, zor, şanssızlık" gibi olumsuz ifadelerle tanımladığı, hastalığın seyri ve tedavisi konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu, taburculuk sonrası ilaç kullanımı ve hastalık semptomlarıyla baş etme konularında bilgiye ve yardıma gereksinimleri olduğu, hastalık nedeniyle aile içi rollerinin, eş, çocuk ve yakın çevreyle ilişkilerinin olumsuz etkilendiği, tedavi ve bakımda aileleri dışında desteklerinin olmadığı, dini inanç ve manevi duygularının hastalıktan olumsuz etkilendiği belirlenmiştir.

Bakım gereksinimleri açısından bireylerin taburculuktan sonra benlik kavramı, problem çözme ve baş etme, bilgi gereksinimi, rol ve ilişkiler, güvenli çevre, tedavi ve bakım, kendine bakım, uyku ve dinlenme ve manevi alanlarda bakıma gereksinimleri olduğu saptanmıştır. Buna göre şizofreni nedeni ile yatarak tedavi alan bireylerin taburculuğuna karar verilirken bu gereksinimlerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu bireyler için taburculuk sonrasında da uygun bakımın sağlanması ve destek sistemlerinin geliştirilebilmesi için öz-bakım gücü düzeylerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesinin yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Taburculuk, Hemşirelik Bakımı, Öz-Bakım, Öz-Bakım Gücü, Psikiyatri Hemşireliği, Gereksinimler

ABSTRACT

This study was carried out to investigate the care needs and self-care capacities of schizophrenia patients discharged from psychiatry clinic and at the early stage of post hospitalization. Here, 31 schizophrenia patients hospitalized in the psychiatry clinic of a university hospital between April 2013 and April 2014 and discharged from hospital and having the survey criteria's were examined in this study. The self-care capacities scale and the care needs questionnaire were used to determine the descriptive characteristics of individuals and the needs of care following the hospitalization period.

While evaluating the data, descriptive statistical methods, Kolmogorov Smirnov test, t-test, One Way Anova Test and Duncan test are used. Lastly, cronbach alpha values were calculated to determine the reliability of the scales.

According to the results, the average age of the patients was 35.58 ± 11.57 . %58.1 of the patients was female and %41.9 of the patients was male. The average age related with the beginning of the illness was 23.81 ± 8.38 . In addition, the average score for the patient's self-care capacities was 99.32 ± 21.86 and the top point of the scale was 136 and the low point of the scale was 46. It was determined that patients who were single, did not have any children and had another family member with mental illness had a lower average score for the patient's self-care capacities than the others ($p < 0.05$).

The study was stated that the vast majority of individuals explain the schizophrenia as "trouble, despair, difficult, bad luck" and they do not have any knowledge of the course and treatment of the illness, they need further information and assistance for medicine use after treatment and to deal with symptoms. It was observed in the study that these patients' roles in the family as a wife, a husband or a child and patients' close relationships with the society were negatively affected because of the illness. It was seen that these patients did not have any support during the course of illness and treatment period except their family. Lastly, it was stated that patients' religious faith and spiritual feelings were negatively affected by the disease.

It was determined that in the view of self care needs, schizophrenic patients need help about these domains such as self-conceptualization, problem solving and coping, knowledge requirements, social roles and relationships, environment security, self-care, sleep disturbances, and spirituality after post- discharge period. According to this, mental health professionals should also take into consideration the aforementioned issues before deciding to discharge their patients from the hospital. It is thought that for these individuals after post discharge period, determination of patients' self care levels and care needs are the key points in order to support them with proper care and develop support systems.

Key Words: Schizophrenia, Patient Discharge, Nursing Care, Self Care, Self Care Agency, Psychiatric Nursing, Needs

TEŞEKKÜR

Öğrenimim süresince değerli bilgi ve deneyimleriyle bana sabırla yol gösteren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na,

İstatistiksel değerlendirmelerde değerli katkılarından dolayı Sayın Prof. Dr. M. Ziya FIRAT'a

Değerli eleştirileri ile çalışmama katkıları olan Sayın Doç. Dr. Selma ÖNCEL, Sayın Yrd. Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ ve Sayın Araş. Gör. Dr. Saliha HALLAÇ'a,

Öğrenimim süresince değerli yardımlarından dolayı Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına,

Ev ziyaretlerinde bana özveriyle eşlik eden manevi anlamda da yanımda olan Emrah Aziz BORA, Hemşire Aysu KOPTUR ve Araş. Gör. Cansu ÇAKIR'a,

Çalışma ortamlarında bana destek olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği hemşirelerine ve diğer ekip üyelerine,

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve destekleyen tüm katılımcılara,

Varlık amacım biricik anneme,

Saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
GENEL BİLGİLER	
2.1. Şizofreni, Taburculuk ve Toplumda Yaşamak	6
2.2. Şizofreni Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Bakım Gücü	8
2.3. Şizofreni Hastalarının Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Bakım Gereksinimleri	10
2.3.1. Şizofreni ve Benlik Kavramı	12
2.3.2. Şizofreni ve Problem Çözme- Baş Etme	14
2.3.3. Şizofreni ve Bilgi Gereksinimi	15
2.3.4. Şizofreni, Rol ve İlişkiler	17
2.3.5. Şizofreni ve Güvenli Çevre	19
2.3.6. Şizofreni, Tedavi ve Bakım	20
2.3.7. Şizofreni ve Uyku	22
2.3.8. Şizofreni ve Maneviyat	23
GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evreni	26
3.4. Araştırmanın Örnekleme	26
3.5. Araştırma Etiği	27
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.7. Veri Toplama Araçları	27
3.7.1. Bakım Gereksinimleri Belirleme Formu	28
3.7.2. Öz-Bakım Gücü Ölçeği	28
3.8. Verilerin Toplanması	28

3.9.	Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.10.	Araştırmanın Sınırlılıkları	29
BULGULAR		30
TARTIşMA		53
SONUÇLAR		75
ÖNERİLER		78
KAYNAKLAR		80
ÖZGEÇMİş		93
EKLER		94
EK I.	Ek Tablolar	
EK II.	Öz-Bakım Gücü Ölçeği İzin Yazısı	
EK III.	Etik Kurul Onayı	
EK IV.	Kurumsal İzin Yazısı	
EK V.	Katılımcıları Bilgilendirme Formu	
EK VI.	Bakım Gereksinimleri Belirleme Formu	
EK VII.	Öz-Bakım Gücü Ölçeği	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Ort	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
Min	: Minimum
Max	: Maximum
%	: Yüzdelerik Değeri
p	: Önemlilik Değeri
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
ICD-10	: International Classification of Disease and Related Health Problems

TABLULAR DİZİNİ

Tablo		Sayfa
4.1.1.	Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	30
4.1.2.	Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	32
4.2.1.	Bireylerin Öz-Bakım Gücü Puan Ortalaması	33
4.2.2.	Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı	33
4.2.3.	Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı	36
4.3.1.	Bireylerin Benlik Kavramı Boyutuna İlişkin İfadeleri	38
4.3.2.	Bireylerin Problem Çözme ve Baş Etme Boyutuna İlişkin İfadeleri	39
4.3.3.	Bireylerin Bilgi Gereksinimi Boyutuna İlişkin İfadeleri	40
4.3.4.	Bireylerin Rol ve İlişkiler Boyutuna İlişkin İfadeleri	41
4.3.5.	Bireylerin Güvenli Çevre Boyutuna İlişkin İfadeleri	42
4.3.6.	Bireylerin Tedavi ve Bakım Boyutuna İlişkin İfadeleri	43
4.3.7.	Bireylerin Kendine Bakım Boyutuna İlişkin İfadeleri	44
4.3.8.	Bireylerin Uyku ve Dinlenme Boyutuna İlişkin İfadeleri	45
4.3.9.	Bireylerin Manevi Boyuta İlişkin İfadeleri	46
4.4.1.	Bireylerin Problem ve Güçlükleri ile Baş Etmede İhtiyaç Duydukları Yardıma Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları Dağılımı	47
4.4.2.	Bireylerin İlişkilerinin Hastalıktan Etkilenme Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları Dağılımı	48
4.4.3.	Bireylerin Kendilerini Güvende Hissetme Durumlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları Dağılımı	49
4.4.4.	Tedavi ve Bakım Boyutuna İlişkin Gereksinimlere Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları	49

4.4.5.	Bireylerin Günlük Bakımlarını Yapabilme Durumlarına Göre z-Bakım Gücü Puan Ortalamaları Dağılımları	50
4.4.6.	Bireylerin Uyku Durumundaki Değişime Göre z-Bakım Gücü Puan Ortalamaları Dağılımları	51
4.4.7.	Bireylerin Toplumun Ruhsal Hastalığa Bakışını Algılamalarına Göre z-Bakım Gücü Puan Ortalamaları Dağılımları	51

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2001'de yayınladığı Dünya Sağlık Raporunda, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her dört kişiden birinde, hayatlarının bir döneminde ruhsal veya davranışsal bozukluk görüldüğü belirtilmektedir. Bu bozukluklardan bazıları önlenebilirken, bazıları başarılı şekilde yönetilmekte ve tedavi edilebilmektedir. Aynı raporda ruhsal sağlık; "bireyin kendi potansiyelini gerçekleştirebildiği, normal yaşam stresleriyle baş edebildiği, üretici ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde yaşadığı topluma katkı sağlayabildiği bir iyi oluş hali" şeklinde tanımlanmaktadır. Raporda ayrıca, ülkelere ruh sağlığını iyileştirecek önerilerde bulunmaktadır. Toplumda bakım vermek bu önerilerden olup, ruhsal hastalığı toplumda tedavi etmek sağaltımında daha iyi sonuçlar alınmasını sağlayarak bireylerin yaşam kalitelerini artırmaktadır. Bu yaklaşım aynı zamanda, maliyet etkili, erken tedaviyi sağlayıcı ve hastanede yatışa bağlı damgalanmayı önleyici nitelik taşımaktadır. Bu amaçla raporda; hizmet veren insan kaynaklarını geliştirmek, araştırmaları desteklemek ve toplumda bakım vermek önerilmektedir (1).

DSÖ 2005 yılında da Helsinki'de düzenlediği toplantı sonucunda Avrupa ülkeleri için hazırladığı ruh sağlığı eylem planında "ağır ruhsal hastalığı olan kişilere toplum temelli hizmetlerle etkin bakım sunmak" başlığını benimsemiştir (2).

Ülkemizde 2006 yılında ruh sağlığının geliştirilmesi için "Ulusal Ruh Sağlığı Politikası" kabul edilmiştir. Politika metnindeki temel önerilerden biri "Ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamağa entegre edilmesi ve toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması"dır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması, Türkiye'de ruhsal hastalıkların sıklığı hakkında bilgi vermektedir. Buna göre Türkiye'de nüfusun %18'inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği, çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranının %11 olduğu bulunmuştur. Bu bulgular tıpkı batı ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de ruhsal hastalıkların yaygın olduğunu göstermektedir. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda ise toplum ruh sağlığı merkezlerinin açılarak toplum temelli ruh sağlığı sistemine geçmek, ruhsal hastalığa sahip bireylerin istihdam edilmesi için korumalı işyerlerinin yaygınlaştırılması, ailelere destek ve hasta ve ailelere eğitim konularında stratejiler geliştirilmiştir (3).

Bu çalışmaların, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin önemini ve kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bütüncül bir anlayışın gereğini ortaya koyduğu düşünülmektedir. Bireylere toplum temelli sistemde sağlık hizmeti sunabilmek için de öncelikle mevcut toplumsal hizmetlerin

durumunu gözden geçirmek ve bireylerin gündelik yaşamdaki gereksinimlerinin neler olduğunu belirlemek önemli hale gelmektedir.

Kronik ruhsal hastalıklarda yatarak tedavi olma süresi giderek, haftalar ve aylardan çok, günlerle sınırlanmaya başlamıştır. Bu durum birçok hasta için, toplumsal yaşama uyumu olumsuz etkileyen dirençli semptomların değişmeden aynen kalması anlamına gelebilmektedir. Relaps ve yataklı tedaviye yeniden başvurma, kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastalık yaşamı döngüsünde önemli bir yer kaplamaktadır. Taburculuğun erken dönemi topluma uzun süreli adaptasyon bakımından kritik bir öneme sahiptir. Taburculuktan sonraki bir yıl içinde relaps oranları %40'dan %80'e kadar değişmektedir. Kronik psikiyatrik rahatsızlığa sahip her üç bireyden biri de taburculuktan sonraki bir ay içinde acil psikiyatri birimlerine gitmektedir. Bu yüksek relaps oranları, bireylerin yoğun bir yataklı tedavi sonrası topluma yeniden katılırken maruz kaldıkları stresörlerle alakalıdır. Yataklı tedaviyi takip eden ilk günler ve haftalar bu bireyler için savunmasız zamanlardır. Bireylerin hastaneden topluma geçişte yaşadıkları deneyimlerine ve karşılanmamış olarak tanımladıkları gereksinimlerine yönelik kapsamlı bir yaklaşım geliştirilerek, hastanede alınan tedaviyi takip eden bakımın kalitesi yükseltilmelidir (4).

Kronik ruhsal hastalıklardan biri olan şizofreni, bir "geri çekilme" olarak tanımlanmaktadır. Birey tüm çocukluk ve gençlik döneminde edinmiş olduğu zihinsel yetileri kaybederek yaşamın başlangıç dönemine doğru gerilemektedir. Bu durum içinde yaşadığı toplumu şaşırtıp tedirgin etmektedir. Şizofreninin sağaltımında ruhsal ve toplumsal tedaviler ilaçlarla birlikte yer almaktadır. İlaçlar bu sağaltımda hızlı ve doğrudan etki göstererek yer alırken, ruhsal ve toplumsal yöntemler çok daha uzun zaman ve enerji isteyen bir süreci kapsamaktadır. Ancak ruhsal ve toplumsal yöntemlerin sağladıkları etki de daha incelikli ve kalıcı olmaktadır. Bu yolla birey, kendisini ve hastalığı daha iyi tanımakta, daha güçlü ve güvende hissetmektedir. Rahatsızlığı, yaşam kalitesini ve ilişkilerini en az etkileyecek düzeyde tutma becerisi geliştirebilmektedir (5). Ruhsal ve toplumsal tedavilerin uygulanabilmesi için bireylerin toplumda yaşarken ele alınıp, gereksinimlerinin ve güçlüklerinin neler olduğunun belirlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Psikiyatrik hastalığa sahip bireylerde tedaviyi sürdürmeme, kontrol randevularına gelmeme oranı %20-50 iken, şizofreni gibi psikotik hastalığı olan bireylerde bu oran %70-80'e kadar yükselmektedir (6). Kelleci ve ark.(7)'nin çalışmasında psikiyatri hastalarının ilaçlarını düzenli kullanmadıkları ve taburculuk sonrası kontrollere gelmedikleri için ilaç yönetimi konusunda eğitime gereksinimleri olduğu belirtilmektedir. Ayrıca taburculuk sonrası ilk bir ay ve altı ay içinde de hastaneye tekrarlı yatışların olduğu bilinmektedir. Şizofreninin tedavisinde, diğer kronik hastalıkların tedavisinde yaşanan güçlüklerden daha fazlası yaşanmaktadır. Bunda hastalığın etyolojisinin tam bilinmemesi ve stigma faktörü büyük etkiye sahiptir. Prognozun diğer psikiyatrik rahatsızlıklara göre daha olumsuz olmasında ise, bireyde yol açtığı yıkım ve hastalığa özgü özelliklerden biri olan iç görü

eksikliği rol oynamaktadır (8). Hastaneden taburcu olduktan sonraki iki yıl içinde şizofreni tanısı alan hastaların %75'i tedaviye uyum göstermemektedir (9).

Şizofreni hastalığında uzun süreli psikososyal ve toplumsal yetersizliklere yol açan atakların olması, bu hastalığa sahip bireylerin yoğun toplumsal desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Belirtileri, yatkınlığı, stresi azaltan ve psikososyal yetenekleri ve yaşam kalitesini iyileştiren müdahaleler şizofrenide sağaltımın temel bileşenleridir. Kronik ruhsal hastalıkta en önemli belirti toplumsal yeteneklerdeki yıkımdır. Bu durum psikotik belirtilerden bağımsızdır ve psikososyal bakım gerektirir. Kurumsallaşmanın azalıp şizofreni hastasının toplum içinde tedavisine yönelik bir eğilim olması hasta yakınlarının tedavideki sorumluluk sınırlarını genişletmiştir (10).

Şizofreni hastalarının hastaneye sık yatışını etkileyen faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada eğitim düzeyinin düşük olmasının yatış sıklığını artırdığı, sık yatan grubun çoğunluğunun ilkökul mezunu olduğu, sık yatış grubundaki hastaların %70'inin bekâr olduğu ve hastaların yarısının bir mesleğinin olmadığı belirlenmiştir. Bu durum şizofreninin sosyal işlevselliği bozduğunu göstermesinin yanı sıra şizofreni tedavisinde sosyal destek ve işlevselliği arttırmaya yönelik yaklaşımların önemini vurgulamaktadır (11).

Şizofreni hastalığının ruhsal tedavisinde hastaların hastalığa karşı iç görüşünü artırmak, hastalığı anlamalarını sağlamak, kendilerini ve toplumdaki konumlarını yeniden değerlendirmelerini sağlamak, gelecek beklentilerini yeniden şekillendirmek, hastalığın belirtilerini ve yinelemeleri azaltmak, bağımsız bireysel ve toplumsal yaşam becerileri kazandırmak, yaşam kalitelerini artırmak amaçlanmaktadır. İlaçlar ve Elektro Konvülsif Terapi (EKT) uygulamaları ise doğrudan beyin dokusuna yönelik olup düşünce, duygu, algı ve davranışların üretimi ve düzenlenmesiyle ilgili sistemlere etki ederek tedavide yer alırlar (12).

Şizofreni hastalarının tedavi uyumlarını artırmak amacıyla yapılan bir araştırmada, hastalara klinikte yatış sırasında verilen ruhsal eğitimin ve taburculuk sonrası yapılan düzenli telepsikiyatrik izlemin hastaların tedaviye uyum ve sosyal işlevsellik düzeylerini önemli ölçüde artırdığı saptanmıştır (13). Bir psikiyatri kliniğinden taburcu olduktan sonra kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam nitelikleri ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırıldığı bir araştırmada ise; korumalı evlerde kalan bireylerin yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaşam niteliklerinin artması şizofreni hastalarında işlevsel iyileşmeyi de arttırmaktadır. Sonuç olarak "Korumalı Evler" uygulamasının tüm Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi olan şehirlerde yaygınlaşmasının gereği önerilmiştir (14). Şizofreninin pozitif belirtileri ilaç tedavisine iyi yanıt vermektedir. Ancak ilaç tedavisine rağmen ilişkilerde yetersizlik, yaşam kalitesinde azalma, işsizlik gibi bireyin sosyal yönü zayıf kalmaktadır. Bu nedenle şizofreni tedavisinde psikososyal yaklaşımlara da yer verilmelidir. Şizofrenide psikotrop ilaç tedavisine ek olarak psikososyal yaklaşımların hastalığın seyrini ve aile işlevlerini nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada üç aylık bir süreçte ev ziyaretleri ve

hasta ve ailesine psikoeğitimler verilmesiyle süre giden bir çalışmanın ardından hastaların sosyal işlevselliğinde artış, aile ilişkilerinde düzelme gözlenmiştir (15).

Şizofreni hastaları için baskı oluşturan etkenlerin bazıları değiştirilebilir bazıları ise değiştirilemez nitelikte olmaktadır. Değiştirilebilir etkenlere karşı bireylerin bu etkenlerle karşılaştığında sorun çözme tekniklerini nasıl uygulayacakları öğretilirken; değiştirilemez nitelikteki baskı etkenlerine karşı ise bireyin duygusal desteği ve benlik saygısını artırmaya yönelik yardımda bulunmaktadır. Hastaların benlik saygılarını artırmak tedavideki temel hedeflerden biri olarak yer almaktadır. Benlik saygısı baş etme gücünü olumlu etkilerken, bireydeki bilişsel yıkımı da olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle bireylerde bilişsel kusurları gidermek için beyin egzersizleri yaptırmak önemlidir. Beynin bilgi işleme kapasitesindeki bozulma dikkate alınarak bireyin ruhsal ve toplumsal olarak aşırı ve yetersiz uyarılmasından kaçınmak ve her türlü bilgi girişinin basit açık ve tutarlı hale getirilmesi gerekmektedir. Bu açıdan da bireyin yaşadığı ortam düzenlenerek, ortamın kararlı ve az değişken olmasına özen gösterilmesi gerekmektedir (12).

Psikiyatri hastalarına göre psikiyatrik yatışın nedenlerini belirlemeye yönelik yapılan bir araştırmada hastalar; sürekli gerginlik, tedirginlik, psikolojik bozukluk, yaşama, hastalığından kurtulup tedavi olmak isteme, aileden, evden ve çevreden biraz uzak kalmak isteme, kendisine ve çevresine zarar vermeme, yemek yiyememe, uykusuzluk, verilen tedavilere evde uyamama gibi durumları psikiyatrik yatışa gerekçe olarak sunmuşlardır. Taburcu olabilmeleri için çözümlenmesini bekledikleri sorunlara ilişkin olarak da hastalar “korcu, tedirginlik, öfke, sinir, şüphe, karamsarlık ortadan kalkınca”, “hastalık iyileşince”, “aile ile ilgili sorunlar ortadan kalkınca” gibi beklentilerini ifade etmişlerdir (16). Psikiyatri kliniğinde taburculuk kararı verilen hastalara düzenli şekilde taburculuk eğitimi verilmemekte, hasta yakınları da yeterli düzeyde bir eğitim almamaktadır. Bunun sonucu olarak da hastalar kendilerini taburculuğa hazır hissetmemektedirler (17).

Şizofreni hastaları için taburcu olma kriterleri; kendi öz-bakımını sürdürme, kendi eylemlerinin sorumluluğunu alma, bir aile ya da kendisine destek vermeye istekli kişilerin varlığı, güvenli bir çevrenin varlığı, toplumda karşılaşabileceği anksiyete, stres ve problemleri çözmeye yönelik baş etme yollarını bilmesi ve hayata geçirmesi, toplumda yardım isteyebileceği destek gruplarını tanıma ve haberdar olması (18). Hemşireler, şizofreni hastalığı olan bireylerin iyileşmeleri, sağlığını sürdürmeleri ve kendilerine göre mümkün olan en iyi seviyede iyilik hali göstermelerine yardımcı olmada önemli rol üstlenmektedir. Şizofreniyi ve bireyin yaşamına etkilerini tam olarak anlayabilmek, hemşirenin bu hedeflere ulaşan yeterli bakımı vermesini sağlayacaktır (19). Hemşirelik, bireylerin ve toplumun kendi gereksinimlerini karşılayacak uygun koşulları sağlamaları ve kullanmalarına yardımcı olmayı amaçlar (20). Bireyin öz-bakımını destekleyerek otonomi kazanmasını sağlamak da etkili hemşirelik bakımının temel ilkelerindedir. Bireyin bilişsel ve fiziksel fonksiyonların tümündeki öz-bakım beceri düzeyi hastaneye tekrarlı yatışları etkileyen bir faktördür (21). Özbakım; yaşamı, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmek için bireylerin kendisi tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerdir (22). Şizofreni hastalarının öz-bakım gücünü ve etkileyen faktörleri

inceleyen bir araştırmada hastaların ekonomik düzeyi arttıkça özbakım gücü düzeylerinin yükseldiği ve bireylerin öz-bakım gücü düzeylerinin diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında düşük olduğu belirlenmiştir (23).

Psikiyatride tedavi ve bakımın temeli multidisipliner ekip yaklaşımına dayanmaktadır. Psikiyatri hemşireleri, psikiyatr, psikolog, sosyal çalışmacı, uğraşı terapisti vb. üyelerden oluşan bu ekipte kilit bir role sahiptir. Psikiyatrik bakımda temel ilke toplumdaki bireylerin ruh sağlığını koruma, geliştirme ve ruhsal hastalığı olan bireylerin hastalıkla baş etme ve toplum içinde en üst düzeyde işlev görebilmelerini sağlamalarına katkı vermektir (24). Psikiyatri hemşiresinin bu nitelikteki bir rolü yerine getirebilmesi toplum temelli çalışmaların içinde aktif bir ruh sağlığı çalışanı olarak yer aldığında gerçekleşebilir. Ülkemizde 2011 yılında yürürlüğe giren Toplum Ruh sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, bu amacı gerçekleştirme yolunda önemli bir yasal dayanak olarak kabul edilebilir (25).

Çalışmanın planlama aşamasında “şizofreni”, “kronik ruhsal hastalık”, “taburculuk”, “öz-bakım gücü”, “bakım gereksinimi” ,”toplum ruh sağlığı hemşireliği” ve “psikiyatri hemşireliği” anahtar sözcükleriyle Türk Psikiyatri Dizini, Türk Tıp Dizini, Medline, Pubmed ve YÖK’ün Tez sayfasından tarama yapılmış ve şizofrenide taburculuk sonrası hemşirelik bakım gereksinimi ve öz-bakım gücü konusunu birlikte içeren bir çalışmaya rastlanmamıştır. şizofreni hastalarının öz-bakım gücünü araştıran çok fazla çalışmaya da rastlanmamıştır. şizofreni hastalığı; bireyde sosyal ve işlevsel yeti yitimine yol açan, ailenin de bakım yükünü artıran, kronik seyirli ağır bir hastalıktır. Belli bir süre hospitalizasyondan sonra toplum içinde ailesel bir bakım süreci gerektirmesi, bu bireylerin taburculuk sonrası ne gibi bakım gereksinimleri yaşadıklarını belirlemeyi gerektirmektedir. Bireyin sahip olduğu öz-bakım gücü de bakım gereksinimlerini karşılayabilme durumuyla yakından ilişkilidir. Bu nedenle, şizofreni tanısı almış bireylerin öz-bakım gücünü de değerlendirecek şekilde, taburculuk sonrası hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, onların topluma katılımını sağlamada ve bağımsız bir şekilde yaşamlarını sürdürmelerinde kaçınılmaz bir şekilde önem kazanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; şizofreni tanısıyla yatarak tedavi gördükten sonra taburcu olan bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde hemşirelik bakım gereksinimleri ve öz-bakım gücünü belirlemektir.

Bu amaca yönelik olarak aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır.

- Araştırmaya katılan bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde öz- bakım gücü düzeyleri nasıldır?
- Araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri öz-bakım gücünü etkiler mi?
- Araştırmaya katılan bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde bakım gereksinimleri nelerdir?
- Araştırmaya katılan bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde bakım gereksinimleri ile öz-bakım güçleri arasında ilişki var mıdır?

GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni, Taburculuk ve Toplumda Yaşamak

Şizofreni hastalığı, her 100 kişiden birini etkileyen, sıklıkla 18-24 yaş aralığında kendini gösteren ciddi bir ruhsal hastalıktır. Hastalık bireyin algılama, davranış, duygulanım, düşünme, sosyal ve mesleki fonksiyonlarında ciddi değişimlere yol açmaktadır (19). Şizofreni hastalığı, doğrudan düşünce ve davranışı etkilediğinden, kişinin çevresindeki insanlar da hastalığın etki alanına girmektedir. Hastalık birey kadar toplumu da ilgilendirmektedir. Bu nedenle bireye yardımcı olmada destekleyici bir çevrenin oluşturulması büyük öneme sahiptir (12).

Sağlık Bakanlığı'nın (2006) yaptığı hastalık yükü araştırmasında ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir. Temel hastalık gruplarına göre ölümcül olmayan hastalık yüküne sebep olan 20 hastalık içerisinde şizofreni erkeklerde 9. kadınlarda 11. sırada yer almaktadır (3). Şizofreninin toplumumuzdaki yaygınlığı %0.5'dir (26, 27).

Şizofreni hastalığı toplumsal yaygınlığı ve etkilerine karşın henüz anlaşılammıştır. Hastalık hatalı şekilde kişilik bölünmesi ve çoğul kişilik gibi kavramlarla ilişkilendirilmekte, bu hastalığa sahip bireyler güvenilirmez ve korkutucu olarak görülmektedir. Bu bireyler aynı zamanda toplumun büyük bir bölümü tarafından tehlikeli olarak damgalanmaktadır (19).

Tedavinin önemli bir bileşenini oluşturan yatan hasta klinikleri semptomları iyileştirme, bireyin kendisi ve çevresi için tehlike riski oluşturmasını önleme, bireyi topluma yeniden kazandırma ve taburculuk eğitimi konularına odaklanmaktadır (28). Ülkemizde hastane temelli sağlık sisteminde sunulan ruh sağlığı hizmetleri hastaların poliklinik muayenesi, alevlenme dönemlerinde hastaneye yatış, kimsesi olmayan hastaların çok uzun sürelerle hastaneye yatırılıp bakımının sağlanması şeklindedir. Yalnız alevlenme dönemlerini önemseyen bu tutum alevlenmelerin altında yatan biyopsikososyal etmenleri göz ardı ettiğinden tekrarlı yatışlarla sonuçlanmaktadır (29).

Uzun süreli hastane yatışları hastalığın neden olduğu sosyal izolasyonu daha da arttırmaktadır. Şizofreni hastalarının kendi aile ve toplumsal ortamları içinde tedavi edilmeleri büyük bir öneme sahiptir (30). İç görüşü olmayan ruhsal hastaların taburculuktan sonra kontrole gelme ve sağlık davranışlarını sürdürmeleri kendi inisiyatiflerine veya genellikle çok fazla bilgilendirilmemiş ailelere bırakılmaktadır (29). Oysa hastalığını kabul etmeyen bireyler olduğu gibi, onlara sanki şizofreni değilmiş gibi davranan, tanıyı kabul etmeyen aileler de vardır (12).

Kronik şizofreni hastalığı olan bir bireyin psikotik semptomlarının bütünüyle onu terk etmesi söz konusu olmamakla birlikte, birey onları nasıl idare edebileceğini öğrenebilir (28). İyileşme yalnızca hastalanmadan önceki düzeye dönmek değil, yeni baş etme becerileri de edinmektir. Yani iyileşmede sadece hastalık belirtileri boyutu değil onlarla baş etme ve onlarla yaşamayı öğrenme boyutu da önem kazanmaktadır (12). Şizofrenide yalnız semptomlara ve onları durdurmaya yönelmek yerine bireyin bu semptomlar tarafından ne derece güçsüz düşürüldüğüne, bireyin şimdiki ve gelecek durumuyla ilgili görüşlerine, hastalık deneyiminden öteye geçerek, bireyin özelemleri ve amaçlarına değer vermek, iyimser bir şekilde yeni beceriler kurmasına yardım etmek, şizofreni için beklenen iyileşmeyi getirir (19).

Şizofreninin ilaçla tedavisinde çağdaş yaklaşım; remisyona da tedavi kadar değer veren, yıkımı ve yeti yitimini engelleyen, yaşam kalitesi ve işlevselliği artırmaya odaklı olmalıdır. Hasta ne kadar yüksek oranda topluma katılabilmişse tedavi o kadar başarılıdır (27). Tedavide tipik ve atipik antipsikotikler kadar, bilişsel davranışçı terapiler gibi nonfarmakolojik terapiler de bireylere sunulmalıdır. Bilişsel davranışçı terapiler, bireylere hastalığı ve onun etkileriyle yaşamayı öğretmektedir. Her iki tür tedavi yaklaşımı da semptomları minimal düzeye indirerek relapsları önlemede etkilidir (19).

Hemşireler, şizofreni hastalığı olan bireylerin iyileşmeleri, sağlıklarını sürdürmeleri ve kendilerine göre olabilecek en iyi düzeyde iyilik hali göstermelerine yardımcı olmada önemli rol üstlenmektedir. Bunları yaparken, mental durum değerlendirmesi, nesnel ve öznel veriler, planlama ve uygulama yöntemlerinden faydalanmaktadır. Şizofreniyi ve bireyin yaşamına etkilerini anlayabilmek, hemşirenin bu hedeflere ulaşan yeterli bakımı vermesini sağlayacaktır (19).

Bireyin öz-bakımını destekleyerek otonomi kazanmasını sağlamak etkili hemşirelik bakımının temel ilkelerindedir. Bireyin bilişsel ve fiziksel fonksiyonların tümündeki öz-bakım becerisi düzeyi hastaneye tekrarlı yatışları etkileyen bir faktördür. Bireylerin öz-bakım gereksinimine yönelik kendi algılarını değerlendirmek, gereksinim belirlemede bireyin potansiyelini kullanmak önemlidir (21).

Şizofreni hastaları için taburcu olma kriterleri; kendi öz-bakımını sürdürme, kendi eylemlerinin sorumluluğunu alma, bir aile ya da kendisine destek vermeye istekli kişilerin varlığı, güvenli bir çevrenin varlığı, toplumda karşılaşabileceği anksiyete, stres ve problemleri çözmeye yönelik baş etme yollarını bilmesi ve kullanması, toplumda yardım isteyebileceği destek gruplarını tanıması ve haberdar olmasıdır (18).

Şizofreni hastalığı olan bireylerin taburcu olduktan sonra fonksiyonel olabilmeleri hastalığın doğası gereği günden güne olmaktadır. Bu durum taburcu olan hastaların devam eden bir ayaktan tedavi programında yer almaları gereksinimini doğurmaktadır. Bu kurumlardaki sağlık profesyonelleri bireyin günlük olarak ilaç alma durumunun devamlılığını sağlayarak, bireyin mental durumunu izleyerek, sosyalleşmesi yönünde fırsatlar sunar. Böylesi bir ekip hekimler,

hemşireler, sosyal çalışmacılar ve diğer terapistlerden oluşur. Destek ve eğitim grupları birey ve aileler için taburcu olduktan sonra toplumda faydalanabilecekleri kaynaklardır (28).

Biyopsikososyal modele göre şizofreni hastalarının bakımına bütüncül yaklaşımda davranışçı terapi, toplum ruh sağlığı, krize müdahale, aile terapisi, kendine bakım, kişilerarası ilişkiler, sosyal öğrenme ve hemşirelik kuramları yer almalıdır. Psikiyatri hemşiresi de şizofreni hastasına bakım verirken eklektik yaklaşım kullanır. Bunun yanında Orem'in öz-bakım kuramı hemşirelik bakımını yapılandırma yol gösterecek önemli bir kavramsal çatı oluşturabilir (26).

2.2. Şizofreni Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Bakım Gücü

Öz-bakım insanda düzenleyici bir fonksiyon olup bireyin yaşamının devam etmesi, gelişimi ve bütünlüğünü sürdürmesi için gerekli olan materyallerin kazanımını sağlar. Öz-bakım nöroendokrin düzenleme gibi diğer düzenleyici fonksiyonlardan, bireylerin onu kendi işlevsellikleri ve gelişimlerini düzenlemek adına istemli olarak, planlı bir şekilde yapmalarıyla ayrılır. Öz-bakım eylemleri sağlığı ve iyi oluşu etkileyen hoş olmayan koşulları önleme, hafifletme, tedavi etmeyi kapsar. Öz-bakım kavramındaki “öz”; bir kişinin bütün varlığını anlatır (31).

Öz-bakım, bireylerin günlük gelişim ve fonksiyonlarını düzenlemek için gereksinim duydukları kişisel bakımdır. Bu bakıma duyulan gereksinim yaş, gelişimsel evre, sağlık durumu, çevresel faktörler ve tıbbi tedaviden etkilenir. Bir diğer deyişle de bireylerin kendi yaşamları sağlıkları ve iyi oluşlarını sürdürmek adına başlatıp uyguladıkları aktivitelerin tümüne öz-bakım denir. Öz-bakım etkili şekilde gerçekleştirildiği takdirde bireyin yapısal bütünlüğüne, fonksiyonelliğine ve gelişimine önemli katkı sağlar (31).

Öz-bakım bireyin “kendisi için” ve “kendisi tarafından verilen” şeklinde ikili bir çağrışım yapar. Öz-bakım sağlayan kişiyi Orem “öz-bakım ajanı” olarak tanımlamıştır. Bebek ve çocuklar, yaşlılar, hasta ve özürli bireyler bakımlarını yapmada tümüyle ya da kısmen yardıma gereksinim duyarlar. Bebek ve çocukların başkalarının bakımına olan gereksinimleri onların fiziksel, psikolojik ve psikososyal gelişimlerinin erken evrelerinde olmalarına bağlıdır. Yaşlı bireyler fiziksel ve mental yetenekleri öz-bakım eylemlerini yapma performanslarını sınırladığı için bakıma ihtiyaç duyarlar. Hasta ve engelli bireyler ise öz-bakımlarına ilişkin öğretim ve rehberlik gibi şekillerde yardıma gereksinim duyarlar (31).

Öz-bakım; bireyin benlik algısından ve olgunluk düzeyinden, kültürel uygulamalardan, bireyin sahip olduğu sağlık bilgisinin düzeyinden, bireyin aile içindeki konumundan ve aile dışındaki sosyal gruplara(iş yaşamı ve arkadaşlık gibi) üyeliklerinden etkilenir (31).

Öz-bakım kişilerarası ilişkiler ve iletişim yoluyla öğrenilen, öğrenilebilir bir aktivitedir. Bireyin öz-bakımı da içine alan planlı eylemlerinin sorumluluğunu almada gerekli temel yetenekleri ve eğilimleri çocukluktan başlayarak gelişir.

Bireyler ne yapacaklarını ve ne yapmayacaklarını yaşam sürecinde yavaş yavaş öğrenirler. Yaşamda yaygın olan durumlarla karşılaştıklarında nasıl bir eylemde bulunmaları gerektiğiyle ilgili davranışsal bir liste geliştirirler. Bireylere çocukluktan başlayarak yiyecek ve su tüketimi, boşaltım, dinlenme ve uyku, kendi başınlık/başkalarıyla etkileşim ve kendi toplumlarında kabul edilebilir normallığe ulaşma konularında kültürel uygulamalara uymaları öğretilmektedir (31).

Aggleton ve Chalmers'a göre; (akt. Nahcivan, 2004) bireyler, çeşitli öz-bakım gereksinimleri ile öz-bakıma ulaşma yetenekleri arasındaki dengeyi korumak için sürekli eylem halindedir. Bireylerin bu öz-bakım gereksinimlerini karşılama düzeyleri sahip oldukları öz-bakım gücüne bağlıdır. Öz- bakım gücü bu gereksinimleri karşılamada yetersiz kaldığında öz-bakım eksikliği ortaya çıkar. bu durum da doğrudan hemşirelik bakımını gerektirir (32).

Öz-bakım eksikliği; bireyin hijyen, giyim, beslenme ve tuvalet gereksinimini yardım almadan sağlayamamasıdır. Bireyin öz-bakım eksikliğinin değerlendirilmesinde kültür ve inanışlar rol oynar. Bireyin öz-bakımı otonomiyle de ilişkilidir, bu alana yönelik müdahaleleri birey kendisine saldırı, otonomisine tehdit olarak algılayabilir. Ancak şizofreni gibi psikotik bozukluklarda karar verme yetisi ve daha birçok süreç bozulabildiğinden bireyin desteklenmeye ve bakıma yönlendirilmeye gereksinimi vardır. Bu gereksinimler karşılanırken bireyde tam bağımlılık yaratılmamaya özen gösterilmelidir (33).

Psikiyatrik hastada özgüven kaybı ve yapamama korkusu öz-bakım eksikliğinde rol oynayan bir faktördür. Bu nedenle başta ulaşılabilir basit hedefler belirlenerek bireyin desteklenmesi, eksikliklerini gidermesi konusunda yardımcı olunması gerekmektedir. Öz-bakım eksikliğinde hemşire doğrudan yardım etmede, denetlemede ve öğretmede rol oynar. İletişimle ilgili zorluklar, bireyin ihtiyaçları konusunda iletişim kuramaması öz-bakımın sürdürülmesine engel olabilmektedir. Bireyler çoğu zaman ihtiyaçlarına yönelik sembolik ya da manasız mesajlar verebilirler. Bu mesajlara duyarlı olmak, gelişime elverişli bir çevre yaratmak ve bireyin kendi bakımında sorumluluk almasını sağlamak da hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Kişisel bakımı engelleyen bir diğer etken de bilgi eksikliğidir. Bu durumda bakımın nasıl yapılacağını öğretmek gerekmektedir (33).

Şizofreni hastalığı olan bireyler önemli derecede öz-bakım eksikliğine sahip olabilirler. Özellikle psikotik alevlenmenin olduğu dönemde hijyen ve saç sakal traşı en fazla hastanın ilgisi dışında kalan alanlardandır. Bireyler sanrı ve varsanılarla aşırı uğraş halinde olduklarından en temel günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede dahi başarısız olurlar. Açlık ve susuzluk gibi duyuları algılamaları zayıflayabilir, besin maddelerinin zehirli olduğuna dair paranoid fikirler yemeye engel olabilir, yetersiz sıvı ve besin alımına bağlı malnütrisyon ve konstipasyon gibi sorunlar yaşayabilirler. Konstipasyon aynı zamanda antipsikotik tedavinin yan etkisi olarak da oluşabilmektedir (34).

Çörçem ve Parlak-Günüşen'in (2010) hastalığın akut döneminde olmayan 21 şizofreni hastasıyla yaptıkları öz-bakım gücü araştırmasında hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması 88.42 ± 25.09 (Ölçek puan aralığı= 0-140) olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %72'sinin alkol kullandığı, %62'sinin hastalık süresinin 10 yıl ve üzeri olduğu, %95'inin düzenli ilaç kullandığı ve %76'sının düzenli ilaç kullanmaktan kendilerinin sorumlu olduğu, %52'sinin ilaçlarının adını bilmediği, %67'sinin ilaç eğitimi almadığı, %38'inin dört ve üzerinde hastane yatışı olduğu saptanmıştır. Araştırmaya alınan değişkenlerden yaş, eğitim durumu, hastalık süresi ile öz-bakım gücü arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Sadece ekonomik durum ve öz-bakım gücü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların ekonomik düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Diğer kronik hastalıklara sahip bireylerin öz-bakım güçleri ile karşılaştırıldığında ise şizofreni hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamalarının düşük olduğu sonucuna varılmıştır (23).

Şizofreni hastalığı olan bireylerde varsanların uyarıcı etkisi nedeniyle uyku problemleri yaygındır. Çoğu zaman birey eğer uyursa zarar göreceğine dair şüpheli fikirler taşır. Bu durum da insomnia ile sonuçlanır. Diğer birçok öz-bakım alanında olduğu gibi birey yorgunluk gibi fiziksel ihtiyaçlarını algılayamaz veya kabul etmez. Bu durum da yine uykusuz kalmayı doğuran bir döngü olarak devam eder (34).

Holmberg ve Kane (35) şizofreni hastalarının sağlık ve öz-bakım gücü uygulamalarını belirlemek üzere yaptıkları çalışmada, hastaların yarısından fazlasının tıbbi bir tedavi gerektiren fiziksel rahatsızlığa sahip olduklarını, psikiyatri dışı popülasyonla kıyaslandıklarında, öz-bakım ve sağlığı geliştirme aktivitelerini uygulama oranlarının daha düşük olduğunu, en yaygın olumsuz alışkanlıklarının aşırı yeme ve aşırı alkol tüketimi olduğunu belirlemişlerdir.

Öz-bakım kavramı genellikle hipertansiyon (36, 37), kronik böbrek yetmezliği (38, 39, 40), diyabet (41, 42), kronik kalp yetmezliği (43), KOAH (44), yaşlılık (45, 46), kanser (47) gibi kronik bir rahatsızlık yaşayan bireylerde ele alınmıştır.

2.3. Şizofreni Hastalarının Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Bakım Gereksinimleri

Kişiliğin işlevi büyümek ve gelişmenin sağlanmasına yöneliktir. Hemşirelik ise kişiliğin en üst düzeyde bu hedefe ulaşmasını sağlayacak motivasyon ve deneyimleri kullanmada bireye yardım ederek, kişiliği geliştirmeyi amaçlar. Her birey içgüdüsel olarak var olan veya sosyal süreçlerle sonradan kazanılmış olan gereksinimlere sahiptir. En çok öne çıkan gereksinimler karşılandığında, onların bireyde yarattığı gerilim, bir sonraki gereksinim ortaya çıkıncaya kadar ortadan kalkar. Hemşirelerin, bireyin yerine bir şeyler yapmaktan daha çok bireyin kendi adına bir şeyler yapmasına yardımcı olması gerekmektedir. Bu amaçla hemşireler bireylere gereksinimlerini karşılayacak uygun koşulları sağlamaları ve kullanmalarında yardımcı olmayı amaçlar (20).

Her canlının iki ana amacı vardır; bunlar özbakım ve türlerinin devamlılığıdır. Özbakım, güvenlik önlemleri, hayatta kalma ve kendini başkalarından soyutlama gibi davranışlar bireylerin kendilerini güvende hissetmelerine, ölüm gerçeğinden uzak durmalarına yardımcı olan eylemlerdir. Doyum alma, türlerin devamlılığı, uygarlığın devam eden akışına katılma, kendini topluma katma, karşılıklı dayanışma ve bağlılık gibi kavramlar ise onaylanma ve bireyin istek, arzu ve amaçlarını yerine getirmesini sağlayan eylemleri ifade eder. İnsan gereksinimleri ve istekleriyle ilgili birçok tanımlama yapılmıştır. Dört temel yönlendirici dürtü; güvende olma isteği, yeni deneyimler kazanma isteği, duygusal tepkiler, onaylanma isteği ve üstün olma isteğidir. Acil olan gereksinimler karşılandığında daha ileri gereksinimler ortaya çıkar. Gereksinimler bireyde gerginlik yaratır. Tüm davranışlar gereksinimlerden kaynaklanan gerilimi azaltmayı amaçlar. Güçlü bir gereksinim en üst düzeye çıktığında diğer gereksinimler göz ardı edilir ve tüm eylemler, bu öne çıkan gereksinime yönelir. Gereksinimlerin karşılanıp yeni ve daha olgun gereksinimlerin ortaya çıktığı bu süreç hemşirelik becerisi gerektirir. Hasta gereksinimlerini bilir ancak çoğu zaman onları tanımlayamaz, yalnızca o gereksinimlerden açığa çıkan gerilimi hisseder. Hastanın gereksinimleriyle ilgilenmek, hemşireliğin toplumsal bir güç olarak kullanımınıdır. Bu güç bireylerin ne istediklerini tanımlamalarına, kendilerini bağımsız hissetmelerine, onlara tatmin sağlayacak amaçlarına ulaşmada başka bireylerle mücadele etmede onlara yardımcı olarak kişiliğinin gelişimini sağlar (20).

Yardıma gereksinimi olan bireyler bunu görebilecek veya yardım arayabilecek yeterlilikte olmayabilir. Gerekli bilgiye ya da iletişim becerisine de sahip olmayabilirler. Bunun da ötesinde korku içinde olabilirler. Bazen de bireyler yardım arama ve yardım alma hakkına sahip olmadıklarına inanabilirler. Bu gibi durumlarda “ bireyin yardım almasına yardım etmek” bir öncelik olarak ortaya çıkar (31).

Kronik ruhsal hastalığın akut dönemi nedeniyle hastanede yatarak görülen tedaviyi takip eden ilk haftalar hastaların önerilen tamamlayıcı toplumsal tedaviyle bağlantı kurmaları açısından kritik bir zamandır. Dirençli semptomlar bu bireylerin mevcut hizmetlerle bağlantıya geçerek gereksinimlerini karşılamalarına engel olmaktadır. Yatarak tedavi sonrası ilk dört hafta içinde hasta ve ailelerin hastaların gereksinimleri, işlevsellikleri, baş etmeleri ve sosyal destekleriyle ilgili algılarını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmada hastaların akut tedavi sonrası süregelen rezidüel semptomlarının mevcut ve kullanılabilir toplumsal takip olanaklarına ulaşmalarını engellediğini desteklemiştir (4).

Şizofreni hastalarında taburculuktan sonraki bir yıl içinde relapsı öngören faktörlerin neler olduğunun araştırıldığı bir çalışmada hastaların %52'sinin taburculuk sonrası bir kez relaps yaşadığı, %17'sinin ise birden fazla relaps yaşadığı belirlenmiştir. Bir işi olmayan bireyler, daha fazla ilaç yan etkisi yaşayan bireyler, tedaviye karşı zayıf bir tutuma sahip bireylerin relaps yaşama olasılıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (48).

Birçok çalışmada taburculuk sonrası belli aralıklarla yapılan düzenli takiplerde şizofreni hastalarının ilaç yönetimi konusunda eğitim gereksinimi olduğu, işlevselliklerinin düşük olduğu, taburculuktan sonra desteklenmeleri gerektiği belirlenmiştir (6, 7, 49).

Randevu ve poliklinik görüşmeleriyle ilgili işlemlerin basitleştirilmesi, telefonla izlem ve randevuların hatırlatılması, hastaneden çıkış için bir taburculuk planı oluşturulması, tüm hasta ve yakınlarına düzenli eğitim ve rehabilitasyon olanakları sağlanması şizofreni gibi psikotik bozukluklarda taburculuk sonrası tedavi uyumunu artırmak için uygulanabilecek yöntemlerdendir (6).

Şizofreni hastalarının hastalık ve tedavi bilgisi, tedaviye uyum ve öz-bakımlarını sürdürmede destek, dirençli semptomlarla baş etme gibi birçok alanda gereksinimlerinin taburculuk sonrasında belli düzeylerde devam ettiği bilinmektedir. Bu gereksinimleri ele almak için Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerinden yararlanılarak dokuz alt boyut oluşturulmuştur (50). Bunlar; benlik kavramı, problem çözme ve baş etme, bilgi gereksinimi, rol ve ilişkiler, güvenli çevre, tedavi ve bakım, kendine bakım, uyku ve dinlenme, manevi boyutlardır.

2.3.1. Şizofreni ve Benlik Kavramı

Benlik kavramı, bireyin sağlık durumunu etkileyen önemli bir faktördür. Çünkü bireyin kendisiyle ilgili düşünceleri, kendisine gösterdiği duygusal ve fiziksel bakımı büyük ölçüde etkiler. Benlik kavramı, benliğin öznel bir görünümüdür. Bilinçli ve bilinçdışı duygular, tutumlar ve algıların birleşiminden oluşan karmaşık bir yapıya sahiptir (51). Başka bir ifadeyle benlik, kişinin ne olduğu, ne olması gerektiği ve aslında ne olmak istediği konusundaki görüşlerinin tümünü kapsar. Benliğin işlevi yaşamın anlamı için köprü oluşturmak ve gelecekte beklenenleri şekillendirmektir. Sağlıklı benlik kavramı bireyin olumlu benlik algısını içerir ve psikolojik iyi olma halini gösteren önemli bir kriterdir (52).

Roy (2008)'a göre hemşirenin amacı sağlık ve hastalık döngüsü sırasında bireyin uyumlu davranış göstermesine yardım etmektir. Bunun için en temelde bireyin davranışlarını değerlendirmek yer alır. Bu noktada bireylerin gözlenebilen davranışları önem kazanmaktadır. Benlik kavramı da bu gözlenebilen davranış alanlarından biri olarak ele alınmıştır. Benlik kavramı alanı bireyin ruhsal ve manevi bütünlüğünü ele alarak inançlarını, duygularını, içsel algılarını, başkalarının kendisine yönelik algılarını içerir. Hemşire bu alandaki davranışları ve bu davranışlara neden olan iç ve dış uyaranları değerlendirir ve öncelik sırasına göre yönetmeyi hedefler (53).

Peplau, benliği; psikiyatri hemşirelerinin hastalarıyla iletişimlerinde sırasında sıklıkla karşılaştıkları olaylara ait üç temel kavramdan (diğerleri; öfke ve halüsinasyonlar) biri olarak ele almış ve hemşirelikte kişiler arası ilişkiler kuramının teorik çerçevesi içerisinde açıklamıştır. Hemşirelerin benliğin ne olduğuyla ilgili teorik bir anlayışa sahip olması gerekmektedir. Bunun için de bir bireyin benlik sisteminin nasıl oluşmaya başladığı, nasıl işlediği, hangi amaçlara hizmet ettiği, ruhsal hastalıkta benliğin gözlenebilir olaylarının neler olduğu ve hemşirelik

uygulamalarında hangi teorilerin benlik kavramını gözleyip geliştirmeye yönelik rehberlik edeceğini bilmesi gerekmektedir (54).

Benlik kavramı; benlik saygısı, beden imgesi, damgalama, içsel damgalama kavramlarıyla yakından ilişkilidir. Bireyin benlik saygısı çevresindekilerin beğenileri ve eleştirileri aracılığıyla şekillenmektedir. Gün (55)'ün çalışmasında benlik saygısı ile öz-bakım gücü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş, benlik saygısındaki artışın öz-bakım gücünü pozitif etkilediği belirlenmiştir. Benlik ile ilgili olumlu kavramlar; değerli hissetme, kendini sevmeye layık görme iken olumsuz kavramlar; kalıplaşmış olumsuz yargılar, utanma, yetersizlik duygusu, değersizlik, reddedilme korkusu, ümitsizlik, özgüven yitimidir. Bu olumsuzluklar bireyin sosyal ilişkilerden kaçınmasına, benlik saygısını yitirmesine ve kendi kendini damgalamasına yol açar. İçselleştirilmiş damgalama denen bu durum bireylerin hastalık belirtilerini kötüleştirir, iyileşmeyi geciktirir. Damgalamadan en fazla etkilenen hastalık gruplarından biri psikiyatri hastalarıdır. Şizofreni ise en fazla damgalanan ruhsal hastalıktır (56, 57, 58). İçselleştirilmiş damgalamanın yanı sıra ruhsal hastalığa sahip bireylere karşı duyulan korku nedeniyle bireyler toplumdan uzak tutulmakta, sorumsuz olarak algılandığından onlarla ilgili kararları her zaman başka bir otoritenin vermesi gerektiği düşünülmektedir. Diğer bir görüş ise ruhsal hastalığı olan bireyi çocuk gibi yardıma muhtaç görmek ve ona yardımseverlik duygularıyla yaklaşmaktır (57). Damgalama ve içsel damgalama bireylerin benlik kavramını olumsuz etkilemektedir.

Bireysel ve toplumsal damgalamanın dışında benlik kavramını olumsuz etkileyen bir diğer faktör hastalıkla birlikte şizofreni hastasının algı sisteminin bozularak, dış dünyayı ve kendini çarpık ve bozuk algılamasıdır. Kişi kendini başka şeylerden ve kişilerden ayırt edememekte, bazen cinsiyet karmaşası bile yaşamaktadır. Başka insanların da bunları algılayıp kendisine düşman olacağını düşünmektedir (12). Birey aklından geçenleri de başkalarının söylediklerinden ayırt edememektedir. Düşüncelerinin ve iç konuşmalarının kendisine ait olduğunu anlamayan şizofreni hastası bunların dışarıdan ya da bedeninin değişik bölümlerinden geldiğini sanmaktadır. Kendisini zaman içinde sürekliliği olan bir bütünlük olarak algılayamadığı için zamanı ve çevreyi tuhaf şekilde algılamaktadır (5).

Şizofreni hastalığı olan kişilerde benlik saygısı genel popülasyona göre daha düşüktür. Sosyal ilişkilerde bozulma, ihtiyaçlarını giderememe, hayatını kendi başına sürdürememe ve iş kaybı umutsuzluğa, kendilik değerinde bozulmaya neden olmaktadır. Hastalığın pozitif belirtilerinden olan rahatsız edici işitsel varsanların benlik saygısı üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Düşük benlik saygısına sahip, kendisi ve başkaları ile ilgili olumsuz inançları olan psikotik hastaların işitsel varsanları ile ilgili inançları daha olumsuz olmakta, varsanları tedaviyle daha zor kontrol altına alınmaktadır. Böylece bir kısır döngü oluşmaktadır (59).

Dikkat ve bellek bozuklukları şizofreni hastasının dünü bugünü ve yarını arasındaki sürekliliğin ve kendilik duygusunun kaybolmasına yol açmaktadır. Giderek heyecanlarını, duyularını, düşüncelerini yitiren birey beraberinde öznelliğini de kaybetmektedir. Kendisi ve diğerleri arasındaki sınır kalktığı zaman

incinebilirliği artmakta, başkalarından kolay etkilenebilir hale gelmektedir. Bu durumların bireyde yarattığı korku bireyin sosyal ilişkilerden kaçınmasına neden olmaktadır (60).

Şizofreni hastalığı olan bireylerin benlik algısını bozan, benlik saygısını düşüren damgalama ve içselleştirilmiş damgalama özellikle toplum ruh sağlığı alanını ilgilendiren bir sorundur. Bireylerin benlik algısını belirlemek için öznel yaşantılarını anlayabilecek çalışmalara da nesnel çalışmalar kadar ağırlık vermek gerekmektedir. Damgalamaya yönelik olarak toplumsal alanda birey ve toplumu hastalık ve tedavisiyle ilgili bilgilendirecek eğitim ve organizasyonlar düzenlemek, bu organizasyonlara aktif olarak katılmak ve bireylerin katılımını sağlamak psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumlulukları arasındadır (56, 57).

Benlik algısını etkileyen olumsuz otomatik düşünceler, işitsel halüsinasyonlar, olumsuz kişilerarası ilişkiler ve öz-bakım gereksinimleriyle baş etmede bilişsel-davranışçı terapiler gibi psikoterapötik girişimler önemli bir role sahiptir (50, 59).

Şizofreni hastalarının benlik kavramını etkilediği bilinen; öz-bakım eksikliği toplumsal ve içsel damgalama, işitsel halüsinasyonlar, otomatik düşünceler gibi etkenlerin farkında olma ve bunların her birine yönelik azaltıcı ve ortadan kaldıracı müdahalelerde bulunma psikiyatri hemşiresinin rolleri arasındadır. Bireyin hastalığının sorumluluğunu alıp semptomlarla daha iyi baş etmesini sağlamak için hastalığına içgörüsünü arttırmak, hastalığını kabullenmeye cesaretlendirmek de şizofreni hastalarının benlik saygılarını yükseltecek etkili hemşirelik müdahalelerinden biridir (61).

2.3.2. Şizofreni ve Problem Çözme-Baş Etme

Baş etme, problemleri çözmeyi ve bu sayede stresi azaltmayı sağlayacak gerçekçi, esnek düşünce ve eylemlerdir. Baş etme, sonuçlarını dikkate almaksızın stresli olayları yönetebilme çabasını anlatır. Yani baş etmede kullanılan hiçbir yöntem diğerinden daha iyi değildir. Bir baş etme yönteminin daha iyi yani etkili ve duruma uygun oluşunu onun uzun süreli etkileri belirler. Baş etmede bireyin mevcut kaynaklarını aşan belirli içsel ve dışsal gereksinimleri yönetmeyi amaçlayan sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar söz konusudur. Baş etmenin sürekli olması ve belirli bir konuya yönelik olması onun bir süreç özelliği taşımasının kanıtıdır (62).

Baş etme; duygu odaklı ve problem odaklı baş etme şeklinde iki türdür. Duygu odaklı baş etmede duygusal sıkıntıyı azaltmaya yönelik kaçınma, problemi küçümseme, problemden uzaklaşma, kötü bir sonucu iyi olarak düşünme gibi davranışlar vardır. Problem odaklı baş etmede ise problem çözme vardır. Kişi, doğrudan problemi tanımlamaya çalışır (62).

Etkisiz baş etme; fiziksel, psikolojik, davranışsal ve bilişsel kaynakların yetersizliğinden dolayı, karşılaştığı stresörleri yönetemeyen bireydeki durumdur. Bireylerin etkisiz baş etmesi öz-bakım yönetiminin karmaşıklığı, hastalık durumunun

kronikliği, düşük benlik saygısı, motivasyon düşüklüğü ve çaresizliğe bağlı olmaktadır (50). Şizofreni hastalığının kronik seyri ve beraberinde getirdiği öz-bakım sorunları bireylerin yaşamında baş etme sürecini gerekli hale getirmektedir.

Şizofreni hastalarının baş etme şekillerini araştıran çalışmalarda hastaların en çok dini etkinliklerde bulunduğu belirlenmiştir. Diğer baş etme yöntemleri bilişsel kontrol, başkalarıyla ilişkilerini artırma, ilaç dozunu hekime sormadan uyarılma, madde kullanma ve çevre değiştirmeyi amaç edinen pasif davranışçı yöntemler olarak bulunmuştur. Olumlu dini baş etme olarak bireyler, “günahları için Tanrı’dan af dilemekte, Tanrı’yla güçlü bir bağ kurma arayışı içinde olmaktadır. Olumsuz dini baş etme olarak da Tanrı’nın kendilerinden vazgeçtiğini veya yeterince dine eğilmedikleri için kendilerini cezalandırdığını düşünmektedirler. Olumlu dini baş etmeler psikolojik sağlık alanıyla ilişkili olarak bireylerin yaşam kalitesini yükseltmektedir (63, 64).

Şizofreni hastaları, bir diğer olumsuz baş etme örneği olarak pozitif belirtilerin fazla olduğu dönemde sanrı ve var sanılara bağlı olarak intihara yönelmektedir. Ancak son zamanda pozitif belirtilerin azaldığı daha durgun dönemlerde de intihar davranışının gözlemlendiği belirlenmiştir. Bununla ilgili bir çalışmada intihar girişiminde bulunan hastaların büyük çoğunluğunun ilaç tedavisi görmekte oldukları ve kısa bir süre önce psikiyatrik kontrole gittikleri saptanmıştır (65). İlaç tedavisi ve poliklinik kontrolleri bazı durumlarda tek başına yeterli olmamaktadır.

NANDA Taksonomi II’ de yer alan fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik tanılarının sınıflandırılmasında kullanılan 13 alandan biri “Baş etme/ stres toleransı”dır. Bu alan altında ‘etkisiz baş etme’, ‘savunucu baş etme’, ‘etkisiz inkar’, ‘aile baş etmesinde yetersizlik’, ‘etkisiz toplumsal baş etme’ hemşirelik tanıları yer almaktadır (50,66). Hemşireler birey, aile ve toplumun baş etme düzeyinin geliştirilmesinde önemli bir role sahiptir.

2.3.3. Şizofreni ve Bilgi Gereksinimi

Toplum ruh sağlığını geliştirme, hastalıkları önleme ve onlarla baş etmede psikiyatri hemşiresinin kullandığı en etkili araçlardan biri eğitimidir. Psikiyatri hemşiresi eğitici rolü kapsamında birey ve ailenin eğitim gereksinimlerini belirleme ve bu gereksinimlere yönelik eğitim planları hazırlama ve katılımı sağlamaktan sorumludur. Amerikan Hemşireler Birliği de eğitici rolü psikiyatri hemşiresinin sorumlulukları arasında tanımlamıştır (66). Teorik olarak psikiyatri tedavi ekibindeki her birey eğitici görevini üstlenebilirken, psikiyatri hemşirelerinin bireyi ve aileyi taburculuğa hazırlamak için verdikleri eğitimler bu alandaki uygulamalara örnek teşkil eder (67).

Peplau(1991), hemşireliği; bireysel ve toplumsal yaşayış içinde yaratıcı, yapıcı ve üreticiliği teşvik etmeyi amaçlayan olgunlaştırıcı bir güç ve eğitim aracı olarak tanımlamaktadır (20). Orem(1995); hemşirenin bireye yardım ederken kullandığı yöntemlerden biri olarak ona bir şeyler öğretmekten bahsetmektedir (21).

Bireye yardımcı olmada eğitim yöntemini kullanacak bir hemşirenin öncelikle bireyin neyi öğrenmeye gereksinimi olduğunu bilmesi gerekmektedir.

Psikoeğitim; hastalığı yaşayan birey ve aileye bilişsel davranışsal ve psikosyal tedavi yaklaşımlarını anlatmak için psikiyatri hastalarına uygulanan bir eğitimidir. Psikoeğitim hasta birey ve ailenin hastalığı anlaması ve hastalıkla olumlu bir şekilde başa çıkmasını sağlamayı temel alır (67).

Psikiyatri hastalarına verilen eğitimlerin etki alanı oldukça geniştir. Eğitimlerin yaşam kalitesini yükselttiği, relapsları önlediği, ailenin hastalığa ve hasta bireye olumsuz tepki ve tutumlarını değiştirdiği, hasta memnuniyetini arttırdığı, tedaviye uyumu sağladığı bilinmektedir (67).

Hastanın tedavi çevresi dışında da stabilitesini sürdürmesi bakımından semptom tanınması ve yönetilmesi konularında verilecek eğitimler büyük öneme sahiptir (67). Şizofreni hastalığı olan bireyler hastanede yatıkları dönem içinde hastalık ve tanı süreci ile ilgili yeterli bilgi alamamakta ve taburculuk eğitimi de verilmemektedir. Taburculuk sonrası bakım için de bilgilendirilmedikleri için kendilerini taburcu olmaya hazır hissetmemektedirler (17).

Bireylerin hastalığı algılamaları da hastalık bilgisiyle yakından ilgilidir. Diyabet hastalarıyla yapılan bir çalışmada (68), bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, sosyoekonomik durum, diyet durumu, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu, psikolojik destek alma durumu ve tanı süresinin hastalık algısını etkilediği belirlenmiştir. Hastalık algısı; hastalığın bilişsel olarak görünümüdür. Hasta bireyler kişisel deneyimleri, inanç ve değerleri, kültürleri, gereksinimleri ve bilgileri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar. Bireyin hastalığına ilişkin algısı, ortaya çıkan davranışsal ve duygusal tepkileri, baş etme biçimini, psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyen önemli bir unsurdur. Buna karşın hastaların hastalıklarına yönelik görüşleri nadiren sorgulanmaktadır (69). Bireyin hastalık algısını belirlemeye yönelik Hastalık Algısı Ölçeği bulunmaktadır. Hastalık algısı ölçeğinin de alt boyutları olduğu üzere bireyin hastalık algısını belirlemek için temelde bir hastalığın tipi, onun hakkındaki görüşler ve hastalık nedenleri boyutlarına ilişkin hasta inanışları belirlenmektedir (70).

Şizofreni hastalarının sık hastane yatışları onların ve ailelerinin tedavi çevresi dışında hastalığın getirdiği sorunlarla baş edemediklerini göstermektedir. Hastaneye yatış bireyin sorun yaratan çevreden uzaklaşmasını, semptomlarının yatışmasını sağlarken ailenin de sorumluluğu devredip dinlenmesine yardımcı olmaktadır. Hastaların tedavi ve rehabilitasyonunda hem hastanın hem ailenin daha az zorlanma yaşayacakları bir ortamda olmalarında ve günlük yaşamın zorluklarıyla baş etmelerinde psikoeğitimsel yaklaşımlar büyük öneme sahiptir (66).

Şizofreni tanılı hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimlerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada; hastaların büyük çoğunluğunun hastalığını "şizofreni" olarak ifade ettiği, bilgi gereksinimini

karşılama için iki veya daha fazla kaynaktan bilgi edindiği, en çok doktor, hemşire, psikolog gibi sağlık personelinin, bunun dışında kitap, dergi, broşür, dernek ve dernekte verilen terapiler, internet, televizyon ve gazeteden bilgi edindikleri, en az iki sosyal destek kaynağı belirttiği, yaklaşık yarısının hastalığa bakış açısının çok olumlu olduğu belirlenmiştir. Hastaların en çok üzerinde durdukları eğitim gereksinimleri; hastalıkla ilgili son bilimsel gelişmeler, ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanma, hastalık için kullanılan psikiyatrik ilaçlar, stresle etkili biçimde baş etme yolları, ilaçların yan etkileri, hastalığı ve nüksettiğini gösteren erken haberci belirtiler, anne baba öldüğünde ne yapılacağı, psikiyatrik teşhis /tanının nasıl konulduğu, hastalığın belirtileri, hastalığın ne kadar yaygın olduğudur. Hasta ailelerinin en önemli gördükleri eğitim gereksinimleri ise tüm bunlara ek olarak hastalığın gelişimindeki biyolojik etkenlerin neler olduğudur (71).

Şizofreni hastalarının ve onlara bakım veren yakınlarının henüz taburcu olmadan klinikte yatış günlerinde bilgi gereksinimlerinin saptanıp hem hastaya hem de aileye yeterli eğitimlerin verilmesinin, klinik psikiyatri hemşiresinin taburculuk sonrası ile ilgili önemli rollerinden biri olduğu düşünülmektedir.

2.3.4. Şizofreni, Rol ve İlişkiler

Hastaları daha çok hastane dışında tedavi etme eğilimi, hasta bireyin ailesini ve onların sorunlarını, aile içi ilişkileri göz önüne almayı gerektirmektedir (72). Bireye sağlık hizmeti götürme konusunda ülkemizdeki geleneksel uygulama "hastalık ve hasta bireyi" merkeze koymaktadır. Oysa hemşireliğin kavramsal çerçevesini insan, çevre, sağlık, hemşirelik kavramları oluşturmaktadır. Bireyin içinde yetiştiği aile ve toplum yapısını ve bu yapı içinde hastalığın anlamını kavramadan, tek başına bir hastalığın oluşum ve gelişim sürecini çözmek zordur. Daha sağlıklı bireyler oluşturma yönünde çaba sarf etme sorumluluğundaki sağlık profesyonellerinin yalnızca görünenle yetinmeyip, bütüncül bir bakış açısı kazanmak adına hasta bireyi içinde yetiştiği toplum ve aile sistemi içinde ekonomik ve kültürel açıdan da görüp tanımları, bireye ve aileye bütüncül olarak etkili yardım sağlayabilme becerisi geliştirmeleri gerekmektedir (73).

Şizofreni hastalığı, bireyin sosyal çevresini yapılandırmasında belirgin sorunlara yol açtığı için kişiler arası bir olgudur. Sağlıklı bir birey, sosyal etkileşim yoluyla diğer her şeyle ilgili izlenim edinerek, bu izlenimleri bilgi işleme sürecinden geçirip tepki verirken şizofreni hastalığı olan birey çocukluktan itibaren kendisinde var olan dikkat ve algı bozuklukları ve düşük stres eşiği nedeniyle bilgi işleme sürecinde sorun yaşamakta ve sosyal yeterliliğe ulaşmamaktadır (60)

Şizofreni hastalığı olan bireyler aile ve toplum içindeki rollerini yerine getirmeye teşebbüs ettiklerinde de büyük bir hüsrana uğrayabilmektedir. İş ve okul başarısı; bireyin konsantrasyon, dikkatini toplama, düşünme ve hatırlama gibi yeteneklerinin bozulmasıyla birlikte tehlikeye düşmektedir. Hastalığın genç yaşta başladığı bireylerde, yaşamın daha geç yaşlarında hastalığa yakalanmış bireylere göre durum daha kötü olmaktadır. Çünkü genç yaşta hastalanan bireyler çoğunlukla akademik bir başarı şansı yakalayabilecekleri alanlara girme fırsatı bulamamaktadır (34).

Duygulanım, duyguların ifadesi ve başka insanların duygularının anlaşılmasındaki bozukluklar da şizofreni hastalığı olan bireyin sosyalleşmesinde büyük bir engeldir (60).

Birey iç ve dış uyaranları farklı algılaması sonucu, diğer bireylerle ortak bir gerçeklikte buluşamamaktadır. Kendini korumak adına da savunucu baş etmeler geliştirerek ötekilere uzaklığını arttırmakta ve yabancılaşmaktadır. Sosyal ortamlarda vereceği tepkilerde yetersizlik, sosyal anksiyete yaşama ve damgalanma korkularıyla dünyasını iyice daralmakta ve sosyal geri çekilme yaşamaktadır (60).

Dülgerler(2014)'in aktardığına göre Sullivan sosyal izolasyonu, şizofreni hastalığı olan bireylerde hem bir semptom hem de bir neden olarak tanımlamıştır. Şizofreni hastalığı olan bireylerde sosyal izolasyon, sanrı ve var sanılar gibi pozitif semptomların ve benlik sınırlarının kaybının bir sonucu olarak yaygın bir şekilde görülür (26). Bir kişinin benlik algısı net değilse başka şeyler ve kişilerle ilgilenmesi zordur. Böylesi bir kişi, yakın ilişkiler kurmada en önemli role sahip olan güven ve samimiyet kavramlarıyla ilgili de sorun yaşamaktadır. Şizofreni hastalığının negatif semptomlarından biri olan düşük benlik saygısı da bireyin diğer şeylerle ve çevresiyle iletişim kurabilme kabiliyetini etkiler. Şizofreni hastalığı olan bireyler kendilerini tuhaf, ötekilerden farklı ve değersiz hissettikleri için diğer insanlardan kaçınma davranışı gösterirler (34).

Hasta bireyin içinde bulunduğu yoğun anksiyete, bağımlılık, yalnızlık ve şüpheli tutum, karşısındaki bireylerde de aynı şekilde yoğun bir korku ve rahatsızlık yaşanmasına neden olmaktadır. Hastalığın kronik süreci, yineleyen alevlenme dönemleri, tedaviye geç yanıt vermesi gibi birçok hastanın deneyimlediği durumlar, hastaya sağlık hizmeti veren sağlık personelinde dahi çaresizlik ve güçsüzlük duygularına neden olmaktadır. Hastanın davranışları diğer bireylerde öfke ve korku gibi güçlü emosyonel yanıtlara yol açmaktadır (74).

Şizofreni hastalığı olan bireyler ev halkında da birtakım güçlükler ve yüklerle neden olmaktadır. Aile içi dengenin bozulması, ekonomik sorunlar, bireyin günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duyması, hasta bireye karşı sorumluluk hissi gibi durumların hepsi birer yüküdür (60).

Özellikle erkek hastalarda kendilerinden beklenen çalışma ve aileye ekonomik katkı sağlama rollerini yerine getirememeye aileye yük bindirmektedir. Hastadaki negatif belirtiler aile tarafından hastanın kontrolünde gibi algılanmakta bu nedenle de pozitif belirtilere kıyasla aile için daha fazla yük algısı oluşturmaktadır. Yine öz-bakım eksikliği ve ev işlerine yardımcı olamama gibi negatif belirti kaynaklı davranışlar da ailenin yükünü arttırmaktadır. Aile bireylerinin hasta olan bireyden şiddet görmesi de aileye yüküdür. Tüm bu nedenlerden dolayı pozitif ve negatif belirtilerin doğası ve bunlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili ailelere eğitim vermek aile içi ilişkileri düzenlemede ve ailenin yükünü azaltmada önemli girişimlerdir (72).

Hastalığın toplam süresi ve hastalık süresince yataklı tedavi alma sayısı da ailenin yük algısıyla pozitif bağlantılıdır. Hastalarla en fazla ilgilenen kişilerin kadınlar olduğu ve kadınların çoğunu da annelerin oluşturduğu belirlenmiştir (72).

Cinsellik birçok boyutu olan geniş bir kavramdır. Cinsellik; biyolojik, psikolojik sosyal ve deneyimle ilgili faktörlerin bireylerin seksüel gelişimlerini, benlik algılarını, beden imajlarını ve davranışlarını biçimlendirmesinin bir sonucudur. Cinsellik, kültürel ve etnik değerler, dini inanç, sağlık durumu ve fiziksel özellikler, yaş ve çevreden etkilenir (75).

Remisyonda olan şizofreni hastalarının cinsel yaşamlarına ilişkin öznel düşüncelerinin sorgulandığı bir çalışmada kadın ve erkek hastaların yaklaşık yarısının düzenli bir cinsel yaşamları olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Kadınların erkeklere göre daha fazla oranda cinsel yaşamlarında bir sorun olduğunu belirttikleri, aynı oranda cinsel yaşamlarını tatmin edici buldukları ve cinsel sorunlarının hastalıkları ile ilişkili olduğunu düşündükleri ancak büyük çoğunluğunun hastalıklarının veya kullandıkları ilaçların cinsel yaşamları üzerindeki etkilerinin ne olduğunu bilmedikleri belirlenmiştir. Hastaların büyük çoğunluğu cinsel yaşamları veya cinsel sorunları hakkında, psikiyatristlerin herhangi bir soru sormadığı veya bilgilendirme yapmadıklarını, kendilerinin de cinsel yaşam ve sorunları hakkında psikiyatristlerine çok fazla danışmadıklarını belirtmiştir (76).

Antipsikotik tedavi gören, şizofreni tanısı almış hastalarda cinsel bozukluk yaygınlığı ve cinsel bozuklukla ilişkili parametrelerin araştırıldığı bir çalışmada hastalarda cinsel ilişki sıklığı, cinsel iletişim, doyum, kaçınma, dokunma alanlarında sorun belirlenmiştir. Erkek hastaların çoğunluğunda erken boşalma, sertleşme güçlüğü, kadınların tamamında vajinismus ve bir kısmında anorgazmi alanlarında sorun belirlenmiştir. Çalışma monoterapi gören ve evli olan hastalarla yapılmıştır. Cinsel iletişimde hastalık nedeniyle sorun yaşayan, yeterince doyum sağlayamadığını düşünen hastalar hastalık süresi uzadıkça cinsel ilişkiden uzaklaşmakta ve bu da cinsel ilişki sıklığında azalmaya neden olmaktadır. Çalışmaya göre cinsel bozukluk kadın ve erkek şizofreni tanılı hastalarda yaygın bir sorundur (77).

Bu çalışmalar şizofrenideki temel tedavi unsuru olan antipsikotiklerin yan etki yoluyla bireylerin cinselliğini olumsuz etkilediğini ve bu alana yönelik gereksinimleriyle ilgili danışacak sağlık profesyonellerine çok fazla ulaşamadıklarını göstermektedir.

En temelde bireye yeterli dinlenme, egzersiz, beslenme ve iyi bir fiziksel sağlık koşulları sağlandığı durumda cinsel sağlık da desteklenmiş olur. Yani tek başına temel gereksinimleri karşılamak bile bireyin cinsellik alanını düzenleyen bir hemşirelik müdahalesidir (75).

2.3.5. Şizofreni ve Güvenli Çevre

Güvende ve korunaklı hissetme temel bir gereksinimdir. Güvenlik ise profesyonel hemşireliğin temelidir. Tüm düzeylerde iyileşmeyi sağlayacak bir çevre

oluşturma koruma, destekleme gibi tüm hemşirelik aktiviteleri güvenlikle ilgili girişimleri kapsamaktadır (78).

Hem fiziksel hem de psikolojik zararlardan uzak olma tedavi edici ortamın temel ve değişmez unsurlarındandır. Psikolojik zararlardan koruma hasta bireyi gereksiz karşılaşmalar ve uyaranlardan korurken, fiziksel zararlardan uzak olma, fiziksel şiddete izin vermeyen düzenlemelerle sağlanır (66).

Bir grup şizofreni hastasında sanrı türleri ve korku içeriklerini belirlemek amacıyla yapılan bir araştırmada bireylerin %92'sinde kötülük görme, %79'unda alınma sanrısı olduğu bulunmuştur. Korku içeriği olarak da hakkında olumsuz şeyler konuşulması, düşünülmesi, zehirlenme, öldürülme, izlenme gibi konulara sıklıkla rastlanmıştır (79). Hastalığın doğasından kaynaklanan bu olumsuzlukların bireylerin güven gereksinimini arttırdığı düşünülmektedir.

Şizofreni hastalığı olan bireylerin korunma ve barınma gereksinimleri vardır. Ailesi ve sosyal desteği olan bireylerin yanı sıra bir de destek sistemleri yetersiz hasta grubu vardır. Ekonomik yetersizlik, yaşlılık gibi nedenlerden dolayı bireyler yalnız kalabilmektedir. Bu durum hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir. Destek sistemleri yetersiz bu bireyleri, nüks ve süregenleşme, kendisine ve çevresine zarar verme riski ve fiziksel ya da cinsel kötüye kullanım gibi tehlikeler beklemektedir. Bu noktada sivil toplum kuruluşları, vakıflar, dernekler, bakım evleri ve sosyal hizmetler gibi toplumsal kuruluşlara büyük iş düşmektedir (27).

Klinikteki güvenli çevre unsurları; her türlü ekipman, ortamın hijyeni, enfeksiyonlar, doğru tedavi, banyo ve tuvalete ulaşım ve ortamdaki diğer kişilerdir. Bu çevreyi düzenlemek hemşirenin sorumluluğundadır (78). Taburcu olduktan sonra bireyin içine gireceği toplum ve yaşam alanında da doğru tedavinin, bireye zarar vermeyecek araç gerecin ve çevresindeki bireylerin doğru tutumlarının önemli faktörler olduğu düşünülmektedir. Taburculuk sonrası için bireyin çevresini düzenlemede, klinikte yatış esnasında bireyin güvenlik hissiyle ilgili rahatça kendini ifade etmesi sağlanarak, aileyle birlikte taburculuk sonrası için çevre düzenlemesi yapmanın etkili bir psikiyatri klinik hemşiresi uygulaması olacağı görülmektedir.

2.3.6. Şizofreni, Tedavi ve Bakım

Şizofreni tedavisinde diğer kronik hastalıkların tedavisinde yaşanan güçlüklerden daha fazlası yaşanmaktadır. Bu durumdan hastalığın nedenlerinin bilinmemesi ve stigma başta olmak üzere birçok faktör sorumludur (8). Şizofreni hastalığı olan bireylerin tedavileri süresince karşılaştıkları en büyük sorunlardan biri tedaviye uyum/ uyumsuzluk konusudur. Şizofreni hastasının tedaviye uyumunun zayıf olması işlevsellik ve hastalığın gidişatı üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır. Tedaviye uygulamak geniş anlamıyla sağlık profesyonellerinin önerileri doğrultusunda tedaviyi uygulamak, diyetini düzenlemek ve uygun yaşam tarzı değişikliklerini benimsemektir (9).

Şizofrenide ilaç tedavisinin amacı; belirtileri kontrol altına almak, relapsları önlemek, remisyonu sağlamak, uzun dönemde hastanın işlevselliğini kazandırmaktır. Şizofrenide en uygun tedavi; ilaç tedavisini çeşitli ruhsal ve toplumsal girişimlerle birleştirmektir. Çünkü daha az yan etkili atipik antipsikotiklerin kullanımının da beklentileri karşılamadığı ve ilaç uyumunun %40-55'lerde kaldığı görülmektedir (9). İlaçla ilgili uyumsuzluk; reçete edilenler dışında ilaç kullanmak, yanlış doz almak, ilaç dozunda kendi isteğine göre değişiklikler yapmak, bazı ilaçları atlamak ve son olarak da ilaç almayı kesmek şeklinde olmaktadır (80).

Şizofreni hastalarının yaklaşık %75'i taburcu olduktan sonra 2 yıl içinde ilaç tedavisini bırakmaktadır. İlaçlar hastaların kararıyla belirli dönemlerde bırakılıp yeniden başlandığında ise sürekli kullanıma kıyasla relaps riskinin 5 kat arttığı bilinmektedir. Şizofrenide tedavi süreklilik taşımalıdır (9). Psikiyatri hastalarının taburculuk sonrası ilaç kullanma durumlarının araştırıldığı bir çalışmada, hastaların yaklaşık %40'ının taburculuktan sonraki ilk altı ay içinde tekrar hastaneye yattığı % 11'inin 1-31. günler arasında tekrarlı yatış gösterdiği ortaya çıkmıştır. Hastaların %37'si taburculuk sonrası kontrollere gitmemiş, %31'i ise ilaçları düzenli kullanmamıştır (7).

Tedaviye uyumsuzluğun nedeni; hastalığın doğası, ilaç yan etkisi, bireyin çevresinin hastalığa karşı tutumu, yetersiz sosyal destek, damgalayıcı tutum ve ekonomik güçlüklerle ilişkili olabilmektedir (8, 9). Şizofreni hastalarında tedaviye uyumu etkileyen faktörleri araştıran bir çalışmada en önemli uyumsuzluk sebebi hastalığın yadsınması olarak bulunmuştur. Yan etkiler, doz sıklığı, yutma zorluğu ve enjeksiyon ağrısı da uyumsuzluğun ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (81).

İlaç ve tedavi reddinin en önemli nedeni temelde hastalığın doğasından kaynaklanan iç görü azlığıdır. İlaç yan etkisi daha az önemli bir nedendir. Hastalar ilacı almak istemediklerinde sıklıkla yan etkilerden söz etmektedir. Çünkü hasta olmadığını söylediğinde ciddiye alınmamakta, ilaç yan etkilerini öne sürdüğünde daha çok dikkate alınmaktadır (82). İç görü temelde ruhsal hastalığının farkında olmaktır. İç görü azlığının nedeninin de şizofreni hastalarının özsaygılarını ve psikolojik iyi oluşlarını korumak için oluşturdukları savunmalar olduğu varsayılmaktadır (83). Şizofreni hastalığı olan bireylerde hastalık süresi uzadıkça ve yatış sayısı arttıkça iç görü düzeyinin azaldığı bilinmektedir. Düşük iç görü düzeyi de tedaviye uyumu ve hastalığın gidişatını olumsuz yönde etkilemektedir (84).

Şizofreni hastalığının kronik seyri, istenen yanıtı ulaşmada güçlük ve yan etkiler tedavide zaman zaman çok sayıda ilaç kullanımını gerektirmektedir. Sürdürülen tedaviye bir başka ilaç tedavisi eklemenin sebepleri genel olarak ilkinin etkinliğini artırmak veya yan etkileri azaltmak şeklindedir. Tekli ilaç uygulaması olan monoterapi istendik/ideal tedavi şeklidir. Gereğinden çok ilaç uygulama faydadan çok zarar sağlamaktadır (85, 86). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda çoklu ilaç kullanımını araştıran bir çalışmada çoklu antipsikotik kullanımı olan hasta oranı %50.2 bulunmuştur. Çalışmayan, yatış sayısı fazla olan, hastalık ve ilaç kullanım süresi uzun olan hastalarda çoklu ilaç kullanım oranı yüksek bulunmuştur. Çoklu ilaç kullanımı olan hastalarda ise düzenli ilaç kullanım oranı düşük

bulunmuştur (87). Çoklu ilaç kullanımının da karmaşık bir tedavi rejimi olarak şizofreni hastalarının tedaviye uyumunu bozduğu görülmektedir.

Şizofreni hastalarının dörtte birinin uyumsuz ve sürekli yardıma gereksinim duymaları bu hasta grubu için sadece hastane ve poliklinik tedavisinin yeterli kalmayacağını, aileyi de tedavi sürecine dahil eden daha geniş ve toplumsal ağları da kullanan tedavi girişimlerinin daha etkin olacağını düşündürmektedir (9). İlaç tedavisine uyumu arttırmak için tüm olası uyumsuzluk nedenleri ele alınarak uygun müdahalelerde bulunmak gerekmektedir. Öne çıkan bazı müdahaleler; psikoeğitim, aile psikoeğitimi, bilişsel davranışçı terapi, psikososyal beceri eğitimi, ev ziyaretleri ile olgu yönetimi, ulaşım sorunu, sosyal güvence ve finansal problemleri çözmektir (9, 83).

Birey ve ailelere; psikososyal girişimlerin yer aldığı optimal bir tedavi planı uygulanan iki yıllık bir izlem çalışmasında nüks oranlarında %50 azalma sağlandığı aynı şekilde hastaların ilaç yan etkilerinden yakınma oranının da azaldığı belirlenmiştir (88).

Toplum ruh sağlığı kliniklerindeki hemşirelerin, şizofreni hastalarının tedaviye uyumunu destekleyecek hemşire hasta ilişkisini geliştirmede kullandıkları sosyal süreçleri anlamak için yapılan bir çalışmada hemşirelerle yapılan birebir görüşmeler sonrası; “bireyi kabul etmek, ona kendini açmak ve kendini açmasına izin vermek, ona zaman ayırmak, kaygılarını dinlemek, başarılarını övmek ve pekiştirmek, onu dikkatlice gözlemleyip değişimlerin farkında olmak” kavramları ortaya çıkmıştır. Tüm bu ilkeler doğrultusunda kurulan güvene dayalı hasta-hemşire ilişkisi bireylerin tedaviye uymalarını ve tedavinin devamlılığını sağlamaktadır (80).

2.3.7. Şizofreni ve Uyku

İnsanın düşünce ve duygularını etkileyerek meşgul eden, acı çekmeye, kedere yol açan her türlü ruhsal durum uykunun bozulmasına neden olabilir. Şizofrenide de uykusuzluk sık görülür (89). Psikotik dönemde beyinde miktarı artan dopamin hastalarda uyanıklığa neden olmaktadır. Sabaha karşı uyuma ya da hiç uyuyamama görülür. Bunun bir sonucu olarak da gündüzü uykuyla geçirme gibi kısır bir döngüye girilir. Uykuda bozulma, bireyler için hem bir başlangıç belirtisi, hem bir uyarı hem de mevcut durumu kötüleştiren olumsuz bir etkendir. Hastalığını kabul etmeyen bireylerin bir kısmı yalnızca uykusuzluk şikayeti ile tedavi aramakta, bu yolla bir kuruma başvurmaktadır. Uykunun düzenlenmesi gerekçesi hastaya ilaç vermede etkili bir girişim olmaktadır (12).

Tedavi almayan şizofreni hastalarında uyku yapısını araştırmak amacıyla yapılan bir araştırmada polisomnografi ile çalışılarak şizofreni hastalığı olan bireyler ile kontrol grubu olguların uyku yapıları karşılaştırılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, şizofreni hastalarının toplam uyku süresinde ve uyku etkinliğinde azalma, uyku latensinde ve uyanıklık sayısında artma ve uykuya geçiş sonrası uyanıklık süresinde artma olduğu görülmüştür. Tedavi almayan şizofreni hastalarında REM uykusundaki azalmanın yanı sıra uykuya başlama ve devam ettirmede bozulmanın olduğu belirgin şekilde gözlenmiştir (90).

Şizofrenide uyku bozuklukları ailelerin yakındığı ve bireyle çatışmalarına yol açan önemli bir durumdur. Uyku sorunu yaşayan bireylere “uyku örüntüsünde bozulma-uyku yoksunluğu, uykusuzluk, uyku kalitesini güçlendirmeye hazır oluş-, anksiyete, etkisiz bireysel baş etme” gibi hemşirelik tanılarıyla hemşirelik müdahalelerinde bulunmaktadır. Kısa vadede amaç bireyin uyku probleminin nedenlerine ilişkin faktörleri tanımlaması, uzun vadede ise uyku problemine yol açabilecek faktörlerle etkin şekilde baş edebilmesidir (89).

Yatarak tedavi gören hastalara yaklaşımda kullanılacak uygulamalara yönelik araştırmalara bir örnek relaksasyon egzersizinin anksiyete düzeyi ve uyku kalitesine etkisinin araştırıldığı bir araştırma örneğidir. Bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 77 hasta üzerinde yapılan bu deneysel araştırmada her akşam belirli bir saatte, bu konuda eğitim almış klinik hemşiresi tarafından, uygulama için hazırlanmış odada hastalara müzik eşliğinde relaksasyon egzersizleri yaptırılmıştır. Sonuçlar bu egzersizlerin hastaların anksiyete düzeylerini düşürdüğü ve uyku kalitesini yükselttiğini göstermiştir (91).

Şizofreni hastalığı olan bireylerin uyku alışkanlıkları klinikte yatış esnasında onlarla en uzun süre geçiren psikiyatri hemşireleri tarafından değerlendirilerek bireydeki uyku problemleri giderildiği durumda bireylerin taburculuk sonrası dönemde bu alana yönelik bir sorun yaşama oranının azalacağı düşünülmektedir.

2.3.8. Şizofreni ve Maneviyat

Bireylerin, kronik ruhsal hastalıklarla nasıl baş edebildiği, hastalıktan kurtulma ve iyileşme kavramlarıyla ilgili hala birçok bilinmeyen vardır. Bazıları en zor tedavi işlemleri ile iyi baş edebilirken, bazıları acı çekmekte, bazı bireyler hastalıktan kurtulurken bazıları pes etmekte yenik düşmektedir. Aynı şekilde kronik ruhsal hastalığa sahip bazı bireyler toplumda çok iyi fonksiyonel olabilirken, bazılarıysa hastaneden çıktığında döner kapı sendromu yaşamaktadır. Hastalığın seyrini etkilemede kişilik, dirençlilik, genel sağlık durumu, uygun sağlık hizmetlerine ulaşabilme gibi faktörlerin önemi bilinmektedir. Maneviyat ve umut kavramlarının değeri ve bireylerin ve ailelerinin yaşamındaki rolü de hastalığı anlamlandırmada önem kazanmaktadır. Umut, maneviyat ve inanç sistemleri birbiriyle ilişkili kavramlardır (19).

Maneviyat; daha büyük bir gücün üstünlüğüne inanma, güvenmedir. Bu kavramla yalnızca dini durumlardan bahsedilmemektedir. Maneviyat kavramı, varoluşsal ve metafizik maneviyat olmak üzere iki şekilde kullanılır. Metafiziksel maneviyat Tanrı nosyonu üzerine odaklanırken, varoluşsal maneviyat; değerler, inançlar, felsefe, ve ideoloji gibi bireylere yaşamları boyunca rehberlik eden kavramlarla ilgilidir (19, 92). Din ve maneviyat etkileri bakımından da birbirinden farklı kavramlardır. Maneviyat daha çok yaradılışla ilgili içsel bir olgudur. Evrensel insan gereksinimleri ve sorularına işaret eder. Din ise dışsal bir sistemdir. Belirli bir inanç ibadet şekli, semboller, ve bir takım üyelikler gerektirir. Dini uygulamalar da daha iyi fiziksel ve mental sağlık ve uzun yaşama üzerinde etkilidir (74). Bazı manevi değerler; iyilikseverlik, merhamet, fedakarlık, hoşgörü, sabır, dürüstlük, yaratıcılık, mutluluk, alçakgönüllülük ve bilgeliktir (93).

Sağlık profesyonellerinin önceleri tıbbi modele göre hastayı ele alma biçimleri, iyileşmede inançlar ve din duygusunu göz ardı etmeleri zamanla yerini inanç, umut ve merhamet gibi manevi değerlerin iyileşme sürecindeki değerini anlamaya bırakmıştır (93). WHO (1998)'nin Yaşam Kalitesi Ölçeği'nde kaliteli bir yaşamın temel yönlerini tanımlamada altı alandan söz etmektedir. Bunlar içinde maneviyat, din duygusu ve yaşamın anlamı gibi bireysel inançlar da bir boyutu oluşturmaktadır (94). Virginia Henderson da, hemşireliğin amacının, bireyi temel gereksinimlerini karşılamada bağımsız hale getirmek olduğunu belirterek, bu temel gereksinimleri fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, manevi ve entelektüel alanlara yönelik olarak tanımlamıştır. Bunlardan birisi "İnançları doğrultusunda ibadet etme" gereksinimidir (95).

Manevi inançlar, hasta olduklarında bireyler için daha önemli hale gelmekte hastalıklarını kabul etmelerine ve gelecek için plan yapmalarına yardım etmektedir (95). Güven, umut, sevgi, doğruluk, hayatın anlam ve amacını bulma ihtiyacı, ilişkiler, bağışlayıcılık, yaratıcılık, tecrübeye ulaşma, huzur, rahatlık, konuşma gereksinimi, teselli, ritüeller, dua etme ve ibadetler birer manevi gereksinim örneğidir (96). Kostak ve ark.(97)'nin yaptıkları araştırma bulguları ebelerin ve hemşirelerin eğitimleri sırasında maneviyat ve manevi bakıma ilişkin yeterli bilgi almadıklarını ve manevi bakım vermediklerini göstermiştir.

Psikiyatri hastalarının manevi gereksinimlerini karşılamak için öncelikle bireyin manevi inanç ve uygulamaları değerlendirilmelidir. Tek başına değerlendirme bile bu alana yönelik güçlü bir müdahale niteliği taşır. Hastaya manevi durumların yaşamındaki önemi sorulduğunda birey bu konuda konuşmaya cesaretlendirildiği gibi hastanın yaşamı ile ilgilenildiği yönünde mesaj verilir. Dua, güç ve umut kaynakları ve bireyin tercih ettiği manevi uygulamalar bilindiği takdirde hastaya nasıl bir manevi destek verileceği de bilinecektir (80). Bireylerin benlik saygısını yükseltecek ve yaşamına anlam katacak bilişsel ve davranışsal girişimler manevi alanı güçlendirmede önemli role sahiptir (27).

Bireylerin spiritüelliğini artırıcı birçok yol vardır. Bunlardan bazıları; mistisizm, meditasyon, kronik ağrı ve stresle başa çıkmada da kullanılan Bilinçli Farkındalık Meditasyonu(Mindfulness Meditation), bazı bilişsel terapiler, stres azaltıcı programlar ve ibadet(namaz, dua, yakarış)tir. Bu aktivitelerin hepsinde ortak nokta, sonuçta spiritüel bir enerji açığa çıkması, bireyin spiritüel bir var oluş içinde bulunmasıdır (98).

Psikiyatrik hastalar için manevi bakımın unsurları, aynı zamanda bireylerin manevi gereksinimlerine işaret eden faktörler şunlardır (93);

- *Bireye bir amaca hizmet eden aktiviteler yapabileceği bir çevre oluşturma (yaratıcı sanat, yapılandırılmış iş vs.)*
- *Ait olma, değerli olma ve güvende hissetme gibi duygularını geliştirmesine izin verme,*
- *Kendini ifade edebileceği bir zaman tanıma*

- *Hastalık ve diğer yaşam deneyimlerinden bir anlam çıkarması yönünde cesaretlendirme*
- *Ona inançları doğrultusunda ibadet ve dua edebileceği yer zaman ve mahremiyeti sağlama*

Ayaktan tedavi edilen şizofreni hastalarında maneviyat ve dini uygulamaları araştıran bir çalışmada psikotik hastalığı olan bireylerin büyük çoğunluğunda dinin önemli bir yere sahip olduğu, ancak sağlık profesyonellerinin hasta bireylere kıyasla dinle daha az ilgili olduğu saptanmıştır. Bireyler grup aktivitelerinden çok bireysel dini aktiviteleri tercih etmektedir. Bu durum bazı şizofreni hastalarının sosyal bütünleşme ve ikili ilişkilerde yaşadıkları güçlüğü, manevi gereksinimlerini karşılamada engel teşkil ettiğine örnektir. Bazı hastalar iyileşmek için manevi değerlerden beklentili olurken, bazıları ilaç tedavisinin maneviyatı bozduğu ve şeytani özelliklere sahip olduğunu düşünmektedir. Pozitif psikotik semptomlarla örtüştüğü için çoğu şizofreni hastası maneviyatla ilgili konuları konuşmaktan kaçınmaktadır. Bu durum gönülsüz yatışa maruz kalma ve yanlış anlaşılma korkularından ileri gelmektedir (99).

Şizofreni hastalarında, psikotik rahatsızlıkla baş etme sürecinde dini duyguların ne derece rol oynadığını araştıran başka bir çalışmada hastaların çoğunluğunda dinin umut, bir amaç ve yaşama bir anlam aşladığı, psikotik ve genel belirtileri azalttığı, sosyal bütünleşmeyi artırdığı, suisid riskini azalttığı, madde kullanımını azalttığı saptanmıştır (98).

Daha iyi sağlık durumuna ulaşma ile dini ve manevi inançlar arasında %60-80 oranında bir bağlantı bulunmaktadır (80). Manevi bakımın bireyde yol açtığı olumlu değişimler; "benlik saygısını güçlendirmesi, başkalarıyla ve Tanrı'yla iyi bir bağ kurması, yaşamının bir anlamı olduğu hissi, problemlerini kabullenmesi ve onlarla yaşaması"dır. Şizofreni hastalarının bakımında din klinik anlamda büyük bir öneme sahiptir. Manevi bakım, bakımın psikososyal boyutu içinde mutlaka yer almalıdır (93,98).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, şizofreni tanısıyla yatarak tedavi gördükten sonra taburcu olan bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde hemşirelik bakım gereksinimleri ve öz-bakım güçlerini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde Nisan 2013 ve Nisan 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Kliniği; Erişkin Polikliniği, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Polikliniği ve Yataklı Klinikten oluşmaktadır. Kliniğe bağlı bir de Psikiyatri Gündüz Hastanesi bulunmaktadır. Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri kliniği 29 yatak kapasiteli olup, bir adet EKT odası ile birlikte maksimum 30 hasta yatışına uygundur. Psikiyatri kliniğine hasta yatışı poliklinik, acil ve diğer kliniklerden nakil yoluyla yapılmaktadır. Tıbbi tanılamada ICD-10 tanı sınıflandırması kullanılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; bir yıl içinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinden taburcu edilen ve taburculuğun erken döneminde olan şizofreni hastaları oluşturmaktadır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Bilgi İşlem Merkezi kayıtlarına göre 01.01.2011- 01.01.2012 tarihleri arasında psikiyatri kliniğinde şizofreni tanısı ile yatarak tedavi olan hasta sayısı 102'dir.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, kurum izninin alındığı 12.04.2013 tarihinden itibaren bir yıl süre içinde yatarak tedavi olan ve araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan tüm şizofreni hastaları araştırmaya alınmıştır. 12.04.2013 ve 12.04.2014 tarihleri arasında 80 şizofreni hastası kliniğe yatarak tedavi görmüştür. Antalya Merkez İlçe sınırları dışında yaşayan 22 kişi, tedavisi devam ederken hastaneden kaçan bir kişi, taburcu olmadan kendi isteğiyle hastaneden çıkan bir kişi, hastaneye verdikleri telefon numaraları yanlış olan iki kişi, şizofreni ve demans eş tanılı olan bir kişi kriterlere uymadıklarından araştırmaya alınmamıştır. Hastalardan ikisi ile evlerine gidilip görüşülmüş ancak hala devam eden psikotik semptomların varlığından dolayı görüşme tamamlanamamıştır. Hastalardan 20'si araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan 31 hasta örnekleme oluşturmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- 18-65 yaş arasında bulunan

- En az okur-yazar olan
- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde ICD-10 tanı kriterlerine göre Şizofreni tanısı ile yatarak tedavi sonrası taburcu edilmiş olan
- Taburculuk sonrası ilk iki hafta içinde olan
- Antalya Merkez İlçe sınırları (Aksu, Döşemealtı, Konyaaltı, Kepez, Muratpaşa) içinde yaşıyor olan bireyler alınmıştır.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı reddeden,
- Mental retardasyon, demans ya da genel tıbbi duruma bağlı bir psikiyatrik hastalığa sahip olan,
- Anadili Türkçe olmayan,
- İletişim problemi bulunan bireyler alınmamıştır.

3.5. Araştırma Etiği

Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmada kullanabilmek için Prof. Dr. Nursen Nahcivan'dan e-posta yolu ile izin alınmıştır (EK II). Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (EK III). Araştırmanın uygulanabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nden izin alınmıştır (EK IV). Araştırma kriterlerine uyan şizofreni tanısı almış bireylere çalışma hakkında açıklayıcı bilgi verilmiş ve araştırmaya katılımın gönüllü olduğu açıklanarak kendilerinden yazılı onamları alınmıştır (EK V).

Şizofreni tanısı almış bireylerden söz ederken damgalayıcı bir ifadeye yol açmamak için "katılımcı" ve "bireyler" ifadeleri kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

a. Bağımlı Değişkenler

Şizofreni hastalarında öz-bakım gücü ölçeği puanı

b. Bağımsız Değişkenler

Katılımcıların öz-bakım gücünü etkileyebilecek yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durum, çalışma durumu, maddi durum algısı, çocuk sayısı, aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı, ailede ruhsal hastalık olan birey varlığı, kullandığı ilaçlar, benlik algısı, baş etme şekli, çevresiyle ilişkileri, hastalık ve tedaviye yönelik bilgi düzeyi, güvenli bir çevre, tedaviye uyumu, kendine bakma düzeyi, uyku düzeni ve manevi yönleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerini toplamada iki adet soru formu kullanılmıştır. İlki; Bakım Gereksinimleri Belirleme formu, ikincisi ise Öz-bakım Gücü ölçeğidir.

3.7.1. Bakım Gereksinimleri Belirleme Formu

Bakım Gereksinimleri Belirleme Formunda hastaya ait tanıtıcı özelliklerle ilgili 17 ve literatüre (50, 100, 101) dayalı olarak oluşturulan şizofreni hastalarının taburculuk sonrası hemşirelik bakım gereksinimlerini ortaya koyan 38 soru olmak üzere toplam 55 soru yer almaktadır.

3.7.2. Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Araştırmada kullanılan ikinci form Öz-Bakım Gücü Ölçeği'dir. Bireylerin öz bakım eylemleriyle ilgilenme durumlarını kendilerinin değerlendirdikleri ölçekte 35 madde yer almaktadır. Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında, 43 madde halinde geliştirilen ölçeğin orijinal adı *The Exercise of Self-Care Agency Scale*'dir. Nahcivan tarafından 1993 yılında, sağlıklı gençlerde geçerlik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır ve kısaltılarak 35 maddeye indirgenmiştir. Ölçeğin alfa değeri 0.92 olarak bulunmuştur. Uygulaması yaklaşık 8-10 dk. almaktadır. Öz-bakım Gücü Ölçeği'nde her bir ifade 0'dan 4'e kadar puanlanmıştır. "Beni çok iyi tanımlıyor" yanıtına "4" puan, "beni biraz tanımlıyor" yanıtına "3" puan, "fikrim yok" yanıtına "2" puan, "beni pek tanımlamıyor" yanıtına "1" puan, "beni hiç tanımlamıyor" yanıtına ise "0" puan verilir. İfadelerden sekizi (3., 6., 9., 13., 19., 22., 26. ve 31. ifade) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama tersine döndürülür; puan değerleri yer değiştirir. Ölçekten elde edilen en yüksek puan 140 en düşük puan 0 olup, ölçeğin puan ortalamasının kesme değeri yoktur. Puanın yüksek olması öz-bakım gücünün yüksekliğini anlatır (102).

3.8. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasına Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nden kurumsal izin alındıktan sonra başlamıştır. Veriler toplanmadan önce Psikiyatri Kliniği'nden taburcu olan beş hasta ile soru formlarının ön uygulaması yapılmıştır. Ön uygulama sonunda, alınan geri bildirimler doğrultusunda soru formunda 3-15-16-47-48. sorular yeniden düzenlenmiştir. 53. sorunun daha iyi anlaşılması için dini ve manevi uygulamalar ifadesine karşılık olarak her katılımcıya aynı şekilde sözlü açıklama yapılmıştır. (Hayvanları koruma, çevreyi koruma, fedakarlık, yoksullara hastalara yardım etme, dua etme, adak adama).

Araştırmanın verileri taburculuk sonrası ikinci hafta içinde ev ziyareti yolu ile, yüz yüze görüşülerek araştırmacının kendisi tarafından toplanmıştır. Taburculuk sonrası ilk iki haftalık dönem "erken taburculuk dönemi" olarak adlandırılmaktadır (103). Taburculuk sonrası ikinci hafta bireylerin ev çevresine adapte oldukları zamandır (104). Araştırmacı Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde, taburcu olmadan 24-48 saatlik süre içinde hastalar ile görüşüp araştırmanın kapsamı ve amacı ile ilgili bilgi vermiş, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalarla, taburculuk sonrası ikinci hafta içinde görüşmek üzere bir tarih belirlemiştir. Belirlenen tarihte ev ziyareti yapılmıştır. Ziyaretin başlangıcında katılımcılara onam formu okutulup imzalatılmış ve veri toplamaya başlanmıştır. Verilerin toplanması ortalama 30-40 dakikada tamamlanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi aşamasında bakım gereksinimleri formunda yer alan açık uçlu sorulara verilen yanıtlar her bir sorunun altında bireylerin ifadeleri şeklinde sıralı olarak yazılmıştır. Yanıtların gruplandırılmasında ve değerlendirilmesinde Halk Sağlığı Hemşireliği, Psikiyatri Hemşireliği ve Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında görevli üç öğretim üyesinden görüş alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin bakım gereksinimlerine ilişkin bulgular; benlik kavramı, problem çözme ve baş etme, bilgi gereksinimi, rol ve ilişkiler, güvenli çevre, tedavi ve bakım, kendine bakım, uyku ve dinlenme ve manevi boyut olmak üzere dokuz alt boyutta ele alınmıştır. Elde edilen kalitatif veriler, kantitatif verilere dönüştürülmüştür. Araştırmanın sonunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, SPSS for Windows 18. 0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) programından yararlanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini belirlemede Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Sürekli tipteki sayısal değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile belirlenmiştir. Bu tip verilerin karşılaştırılmasında, bağımsız iki grup arasındaki farkın t-testi, ikiden fazla grup olması durumunda gruplar arası karşılaştırmalarda Tek yönlü (One way) varyans analiz (ANOVA) testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Duncan çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise $p < 0.05$ ile tanımlanmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın katılımcılarının Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi aldıktan sonra taburcu olan şizofreni hastaları ile sınırlı olması
- Araştırmaya, bir yıllık süre içinde klinikte şizofreni tanısıyla tedavi edilen 80 hastadan yalnızca 31'inin (%40) katılmış olması.
- Araştırma verilerinin yalnızca hastaların öz bildirimlerinden elde edilmiş olması, başka bir veri toplama yönteminin kullanılmaması

BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerden toplanan veriler doğrultusunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Bulgular dört grupta verilmiştir:

- Bireylerin tanıtıcı özellikleri ve hastalık özelliklerine ilişkin bulgular
- Bireylerin tanıtıcı özellikleri ve hastalık özelliklerine göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular
- Bireylerin taburculuk sonrası bakım gereksinimlerine ilişkin bulgular
- Bireylerin taburculuk sonrası bakım gereksinimlerine göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular

4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmaya 31 birey alınmış olup, yaş ortalamaları 35.58 ± 11.57 'dir. Araştırmaya katılanları tanıtıcı özellikler Tablo 4.1.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=31)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş		
25yaş altı	7	22.6
25-34y	10	32.3
35-44y	7	22.6
45 ve üstü	7	22.6
Yaş Ortalaması	35.58 ± 11.57	
Cinsiyet		
Kadın	18	58.1
Erkek	13	41.9
Eğitim durumu		
İlkokul veya ortaokul	13	41.9
Lise	13	41.9
Üniversite ve üstü	5	16.1
Medeni durum		
Evli	8	25.8
Bekar	16	51.6
Boşanmış	7	22.6
Mesleki durum		
Ev hanımı	9	29.0
Emekli	4	12.9
İşsiz	12	38.7
Serbest meslek	3	9.7
Memur	3	9.7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	5	16.1
Çalışmıyor	26	83.9

Tablo 4.1.1. devamı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=31)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Maddi durum algısı		
Düşük	8	25.8
Orta	16	51.6
İyi	7	22.6
Çocuğu var mı?		
Evet	12	38.7
Hayır	19	61.3
Çocuk sayısı*		
1 çocuk	7	58.3
2 ve üstü	5	41.6
Bakıma muhtaç çocuk var mı?*		
Yok	6	50.0
Var	6	50.0
Aile tipi		
Çekirdek	28	90.3
Geniş	3	9.7
Birlikte yaşadığı kişiler		
Anne/baba/kardeş	19	61.3
Eş ve/veya çocuk	7	22.6
Anne, baba, dede, nine kardeş, çocuk	5	16.1
TOPLAM	31	100

*n=12, çocuğu olan bireylerden oluşmaktadır.

Bireylerin %32.3'ü 25-34 yaş grubunda, %22.6'sı 25 yaş altında, %58.1'i kadın, %51.6'sı bekâr, %41.9'u lise mezunudur. Meslek ve iş durumlarına bakıldığında; bireylerin %38.7'si işsiz, %29'u ev hanımı, %12.9'u emekli, %9.7'si memur ve %9.7'si de serbest meslek yapmaktadır. Bir meslek edinmiş olan bireylerin oranı grubun geneline göre düşüktür. Çalışan bireyler %16.1 oranında ve ortalama çalışma süreleri 7.40 ± 2.88 yıldır. Bireylerin tamamı bir sosyal güvenceye sahiptir (n=31).

Bireylerin maddi durum algısına bakıldığında; %51.6'sı maddi durumunu orta düzeyde algılamaktadır. Bireylerin %38.7'si çocuk sahibi olup, bunların da %58.3'ü bir, %41.6'sı iki ve daha fazla çocuğa sahiptir. Bakıma muhtaç, yani 18 yaş altı çocuğu olanların oranı %50'dir.

Bireylerin %90.3'ü çekirdek aileye sahiptir. Bireylerin %61.3'ü anne, baba veya kardeşlerden en az biriyle yaşamaktadır. Evli bireylerden (n=8) yedisi eş ve çocuklarıyla yaşarken, bir birey eş ve aile büyükleriyle yaşamaktadır.

Araştırmaya katılan bireylere ait hastalık özellikleri Tablo 4.1.2’de verilmiştir.

Tablo 4.1.2. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=31)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalık Süresi		
5yıl ve altı	9	29.0
6-14 yıl	12	38.7
15yıl ve üstü	10	32.3
Hastalık Başlangıç Yaşı Ortalaması	23.81±8.38	
Başka Hastalık Varlığı		
Yok	22	71.0
Var	9	29.0
Hastaneye Yatış Sayısı		
Bir kez	8	25.8
İki ve daha fazla	23	74.2
Önceki Yatışların Durumu*		
İl içi	15	65.2
İl dışı	8	34.8
Ailede Ruhsal Hastalığı Olan Başka Birey Varlığı		
Yok	19	61.3
Var	12	38.7
Şuan Kullandığı İlaçlar		
Antipsikotik monoterapi	14	45.2
Antipsikotik polifarmasi	12	38.7
İlacını söyleyemeyen	5	16.1
TOPLAM	31	100

* Birden fazla yatışı olan bireylerin sayısı n=23

Katılımcıların ortalama hastalık başlangıç yaşı 23.81±8.38’dir. Hastalık süresi 15 yıl ve üstü olanlar grubun %32.3’ünü oluşturmaktadır. Bireylerin %29’u Kronik Sistit, Astım, Hepatit B, Anemi, Hipotiroidi, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Hemoroid, Hipertiroid, Diyabet gibi hastalıklardan birine sahiptir.

Araştırmaya katılan bireylerin %74’ünün daha önce hastaneye yatış sayısı iki ve daha fazladır. İki ve daha fazla yatışı olan bireylerin %34,8’i il dışındaki psikiyatri hastanelerinde de yatarak tedavi görmüştür. Bireylerin %38,7’sinde baba, anne, kardeş, dayı, amca, teyzede depresyon, şizofreni ve bipolar bozukluk hastalıklarından biri olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin taburculukta devam eden ilaç tedavilerine bakıldığında; %45.2’sinin tek antipsikotik ilaca ek olarak antipsikotik dışı ilaçlar kullandıkları, 38.7’sinin ise birden fazla antipsikotik ilaca ek olarak antipsikotik dışı ilaçlar aldıkları belirlenmiştir. Beş kişi ise ilaçlarının adını ve sayısını söyleyememiştir.

4.2. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalık Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Araştırmamızda Öz-bakım gücü ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0.913 bulunmuş ve ölçeğin bu çalışma için güvenilir olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan tüm bireylerin öz-bakım gücü genel puan ortalaması 99.32 ± 21.86 olarak belirlenmiş, ölçekten alınan en düşük puanın 46 en yüksek puanının 136 olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.1. Bireylerin Öz-Bakım Gücü Puan Ortalaması

Ölçek	Ölçeğin Alt ve Üst Değeri	İşaretlenen Alt ve Üst Değer	Ort.±SS	n
Öz-bakım Gücü Ölçeği	0-140	46-136	99.32±21.86	31

Tablo 4.2.2’de bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre öz-bakım gücü puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.2.2. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=31)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Öz-bakım gücü Ort. ±SS	Değerlendirme
Yaş			
25yaş altı	7	81.71±24.17	
25-34 arası	10	99.80±14.28	F=2.824
35-44 arası	7	112.00±16.31	p=0.058
45 ve üstü	7	103.57±25.74	
Cinsiyet			
Kadın	18	101.05±24.38	t=0.513
Erkek	13	96.92±18.48	p=0.612
Eğitim durumu			
İlkokul veya ortaokul	13	97.07±22.10	F=0.855
Lise	13	104.84±21.78	p=0.436
Üniversite ve üstü	5	90.80±22.09	
Medeni durum			
Evli	8	111.87±14.58	F=4.499
Bekâr	16	89.12±23.93	p=0.020
Boşanmış	7	108.28 ±11.33	
Mesleki durum			
Ev hanımı	9	103.00±15.40	
Emekli	4	112.50±12.81	F=1.349
İşsiz	12	89.08±27.84	p=0.279
Serbest meslek	3	100.33±18.55	
Memur	3	110.66±11.50	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	5	110.40±9.91	t=1.249
Çalışmıyor	26	97.19±22.98	p=0.222

Tablo 4.2.2. devamı Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=31)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Öz-bakım gücü Ort. ±SS	Değerlendirme
Maddi durum algısı			
Düşük	8	9.25±22.15	F=0.875
Orta	16	104.18±20.93	p=0.428
İyi	7	96.28±24.09	
Çocuğu var mı?			
Hayır	19	92.94±23.89	t=-2.165
Evet	12	109.41±13.68	p=0.039
Çocuk sayısı(n=12)*			
1 çocuk	7	102.43±8.69	t=-2.572
2 ve üstü	5	119.20±14.02	p=0.028
Bakıma muhtaç çocuk var mı?(n=12)*			
Yok	6	115.00±15.42	t=1.489
Var	6	103.83±9.96	p=0.167
Aile tipi			
Çekirdek	28	100.42±21.00	t=0.857
Geniş	3	89.00± 32.18	p=0.399
Birlikte yaşadığı kişiler			
Anne/baba/kardeş	19	95.05±21.36	F=1.967
Eş ve/veya çocuk	7	113.28±15.15	p=0.159
Anne/baba, dede/nine,kardeş,çocuk	5	96.00±27.27	

*n=12, çocuğu olan bireylerden oluşmaktadır.

Yaş gruplarına göre 35-44 yaş aralığındaki bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması (112.00±16.31) en yüksek, 25 yaş altındaki bireylerin en düşük (81.71±24.17) olarak bulunmuştur. Bireylerin yaşlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

Cinsiyetlerine göre kadınların öz-bakım gücü puan ortalaması (101.05±24.38), erkeklere göre (96.92±18.48) yüksek bulunmuştur. Bireylerin cinsiyetlerine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

Eğitim durumlarına bakıldığında; lise mezunu bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması (104.84±21.78) en yüksek, üniversite ve üstü eğitim durumu olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması ise (90.80±22.09) en düşük olarak bulunmuştur. Bireylerin eğitim durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

Medeni durumlarına göre bekar olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması (89.12±23.93), evli ve boşanmış olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur

($p=0.020$). En yüksek öz-bakım gücü puan ortalamasına sahip bireylerin evli bireyler (111.87 ± 14.58) olduğu belirlenmiştir.

Meslek gruplarına göre; emekli bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması (112.50 ± 12.81) diğer bireylere göre yüksek bulunmuştur. Memur olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması da (110.66 ± 11.50) emeklilerle yakın düzeydedir. En düşük öz-bakım gücü puan ortalamasının ise işsiz bireylere (89.08 ± 27.84) ait olduğu görülmüştür. Meslek gruplarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

Çalışma durumlarına göre bireylerin öz-bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamakla birlikte, çalışan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması (110.40 ± 9.91), çalışmayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasından (97.19 ± 22.98) yüksek bulunmuştur.

Maddi durumunu orta düzeyde algılayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması, düşük ve yüksek olarak algılayanlara göre yüksek bulunmuştur. Maddi durumlarına göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

Çocuk sahibi olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması (109.41 ± 13.68), çocuk sahibi olmayanların öz-bakım gücü puan ortalamasından (92.94 ± 23.89) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.039$).

Çocuk sayısına göre iki ve üstü çocuğa sahip bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının (119.20 ± 14.02), tek çocuğa sahip bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasından (102.42 ± 8.69) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.028$).

Bakıma muhtaç çocuğu olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının (103.83 ± 9.96), bakıma muhtaç çocuğu olmayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasından (115.00 ± 15.42) düşük olduğu görülmüştür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Aile tiplerine göre çekirdek aileye sahip bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının (100.42 ± 21.00), geniş aileye sahip bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasından (89.00 ± 32.1) yüksek olduğu görülmüştür. Aile tipine göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması (113.28 ± 15.15) diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Birlikte yaşadığı kişilere göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Tablo 4.2.3’de bireylerin hastalık özelliklerine göre öz-bakım gücü puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 4.2.3. Bireylerin Hastalık Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=31)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Sayı (n)	Öz-bakım gücü Ort.±SS	Değerlendirme
Hastalık süresi			
5 yıl ve altı	9	98.77±25.73	F=0.234
6-14 yıl	12	96.58±18.42	p=0.793
15 yıl ve üstü	10	103.10±23.72	
Başka Hastalık Varlığı			
Yok	22	95.05±22.76	t=-1.762
Var	9	109.78±16.11	p=0.089
Hastaneye Yatış Sayısı			
Bir kez	8	97.25±26,54	t= -0.307
İki ve daha fazla	23	100.04±20.63	p=0.761
Önceki Yatışların Durumu(n=23)*			
İl içi	15	103.80±19.21	t= 1.208
İl içi+İl dışı	8	93.00±22.62	p=0.240
Ailede Ruhsal Hastalığı Olan Başka Birey Varlığı			
Yok	19	105.84±15.81	t=2.222
Var	12	89.00±26.54	p=0.034
Şuan Kullandığı İlaçlar			
Antipsikotik monoterapi	14	101.85±26.15	F=2.699
Antipsikotik polifarmasi	12	104.50±12.13	p=0.085
İlacını söyleyemeyenler	5	79.80±19.43	

* Birden fazla yatışı olan bireylerin sayısı n=23

Hastalık sürelerine göre hastalığa en uzun süre maruz kalan grubun (15 yıl ve üstü) öz-bakım gücü puan ortalamasının diğer bireylere göre yüksek olduğu görülmüştür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Başka bir kronik hastalığa sahip bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması (109.78±16.11), başka kronik hastalığa sahip olmayanlardan (95.05±22.76) yüksek bulunmuştur. Başka kronik hastalık varlığına göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Hastaneye yatış sayısına göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında hastaneye bir kez yatan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının, iki ve daha fazla yatanlardan düşük olduğu görülmüştür. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Önceki yatışların il içi, il dışı olma durumuna göre bireylerin öz-bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamakla birlikte il dışı hastanelere de yatma gereksinimi duymuş olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğer bireylere göre daha düşüktür.

Ailesinde ruhsal hastalığa sahip birey bulunanların öz-bakım gücü puan ortalaması (89.00±26.54), ailesinde ruhsal hastalık olmayanlara göre (105.84±15.81) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür (p=0.034).

Taburcu olduktan sonra kullandıkları ilaçlara göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında en yüksek öz-bakım gücü puan ortalamasının birden çok antipsikotik ilaç kullanan bireylere ait olduğu (104.50±12.13) belirlenmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

4.3. Bireylerin Taburculuk Sonrası Bakım Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan bireylerin bakım gereksinimlerine ilişkin bulgular; benlik kavramı, problem çözme ve baş etme, bilgi gereksinimi, rol ve ilişkiler, güvenli çevre, tedavi ve bakım, kendine bakım, uyku ve dinlenme ve manevi boyut olmak üzere dokuz alt boyutta ele alınmıştır.

4.3.1. Benlik Kavramı Boyutu

Benlik kavramı boyutunda bireylerin kendilerini tanımlamaları, beğendikleri, beğenmedikleri ve değiştirmek istedikleri yönlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.1’de görüldüğü gibi katılımcıların büyük çoğunluğu kendilerini “dürüst, güvenilir, inançlı, iyiliksever olma” gibi manevi özelliklerine göre tanımlamıştır. En çok beğendikleri yönlerine bakıldığında ise “kendine güvenme, becerikli olma, sorunu konuşarak çözme” gibi bilişsel yönler grupta ağır basmaktadır. Bireylerin beğendiği yönleri arasında manevi özellikler de öne çıkmıştır. Bu özellikler; “din kitapları okuma, merhametli ve sabırlı olma, ailesine değer verme, kötülüğe karşılık vermeme” şeklindedir. Katılımcıların beğenmedikleri yönleri içinde “duygusal olma, inatçı olma, kendine değer vermeme, aceleci olma, çabuk ağlama, çok çabuk pes etme, neşesiz olma” gibi kişilik özellikleri en fazla yüzdeye sahiptir. Katılımcıların fiziksel özelliklerinin tüm ifadeler içinde en düşük yüzdeye sahip olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun değiştirmek istediği bir yönü bulunmaktadır. Bu yönler “daha iyi bir iş yaşamına sahip olma, toplumsal yaşamda daha iyi ilişkiler kurma ve sağlığı geliştirme” ile ilgilidir. Katılımcıların tamamının benlik kavramı boyutuna ilişkin ifadeleri Ek Tablolar bölümünde Tablo 4.3.1.1’de verilmiştir.

Tablo 4.3.1. Bireylerin Benlik Kavramı Boyutuna İlişkin İfadeleri*

İfadeler	Sayı	%
Kendini Tanımlama (n=31)		
Manevi özelliklerine göre	13	41.9
Sosyal rol ve özelliklerine göre	11	35.5
İletişim özelliklerine göre	9	29.0
Zihinsel özelliklerine göre	4	12.9
Fiziksel özelliklerine göre	3	9.7
Beğendiği Yönleri (n=30)		
Bilişsel/problem çözmeye ilişkin özellikler	10	33.3
Manevi özellikleri	9	30.0
Kişilik özellikleri	5	16.7
Diğer	4	13.3
Fiziksel özellikleri	3	10.0
Beğenmediği Yönleri (n=29)		
Kişilik özellikleri	13	44.8
Beğenmediği yönü yok	7	24.1
İletişim özellikleri	4	13.8
Takıntılı düşünceler	4	13.8
Fiziksel özellikleri	2	6.9
Değiştirmeyi Düşündüğü Yönleri (n=31)		
Değiştirmeyi düşündüğü bir yönü yok	10	32.3
Toplumsal yaşamda daha aktif olmak	8	25.8
Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar edinmek	8	25.8
Daha iyi bir iş ve çalışma yaşamına sahip olmak	6	19.4

*Bireyler birden fazla ifade kullanmıştır. Bu nedenle yüzde değerleri yanıt verenler üzerinden hesaplanmıştır.

4.3.2. Problem Çözme ve Baş Etme Boyutu

Problem çözme ve baş etme boyutunda; bireylerin problem ve güçlüklerini nasıl çözdüğü, baş etmede nasıl bir yardıma ihtiyaç duyduğu ve kimlerden yardım aldığı ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.2’de görüldüğü gibi katılımcıların %74,2’si problem ve güçlüklerini işlevsel olan yaklaşımlarla çözdüğünü belirtmiştir. Bireylerin işlevsel olan yaklaşımlarının, soruna odaklanarak çözmeye uğraşma şeklinde olduğu görülmüştür. Bireylerin işlevsel olmayan yaklaşımları ise “yalan söylemek, alkol almak, zamana bırakmak, dövüşmek, unutmak” gibi sorundan uzaklaşmaya yönelik pasif yaklaşımlar şeklindedir. Problem ve güçlükleri ile baş etmede bireylerin %45,2’si; “paylaşım, manevi güç, ilgi, teselli” gibi duygusal yardıma ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Bir grup birey ise yardım almadığını ve ne çeşit bir yardıma gereksinim duyduğunu bilmediğini ifade etmiştir.

Tablo 4.3.2. Bireylerin Problem Çözme ve Baş Etme Boyutuna İlişkin İfadeleri*

İfadeler	Sayı	%
Baş Etme Yöntemi (n=31)		
İşlevsel olan yaklaşım	23	74.2
İşlevsel olmayan yaklaşım	10	32.3
Baş Etmede İhtiyaç Duyduğu Yardım Şekli (n=31)		
Duygusal destek	14	45.2
Araçsal destek	9	29.0
Tanımlanamayan yardım	8	25.8
Baş Etmede Yardım Aldığı Kişiler (n=29)		
Eş ve aile	21	72.4
Akraba ve arkadaşlar	6	20.7
Sağlık kurumu ve sağlık çalışanları	5	17.2
Diğer	4	13.8

*Bireyler birden fazla ifade kullanmıştır. Bu nedenle yüzde değerleri yanıt verenler üzerinden hesaplanmıştır.

Problem ve güçlüklerini çözmede bireylerin büyük çoğunluğunun eş ve aileden yardım aldıkları bunun yanında sağlık çalışanlarından yardım alan bireylerin yüzdesinin diğerlerine göre en düşük olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların tamamının problem çözme ve baş etme boyutuna ilişkin ifadeleri Ek Tablolar bölümünde Tablo 4.3.2.1’de verilmiştir.

4.3.3. Bilgi Gereksinimi Boyutu

Bilgi gereksinimi boyutunda bireylerin hastalıklarını nasıl tanımladıkları, hastalıkları hakkında neleri bilmek istedikleri, taburculuktan sonra hangi bilgilere ihtiyaç duydukları ve bu bilgileri kimlerden karşılamayı düşündükleri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin %58.1’i hastalığını sıkıntı veren yıpratıcı bir hastalık olarak tanımlarken %45.2’sini “kendi kendine hayal kurmak” gibi yaşadığı psikotik belirtilerle açıklamıştır. Bireylerden yalnızca dördü hastalığının geçici olduğu ve iyi olacağı şeklinde ifadelerde bulunmuştur (Tablo 4.3.3).

Tablo 4.3.3’de görüldüğü gibi bireylerin %45.2’si hastalığın düzelme şansı olup olmadığını, çözüm ve tedavi yöntemlerini, kesin teşhis ve tedaviyi, nasıl baş edebileceğini bilmek istemiştir. Bireylerin %38.7’si hastalığın nasıl oluştuğunu, ilerlemiş halinde neler olduğunu, belli başlı belirtilerini, ne gibi sonuçlara yol açacağını, düşüncelerinin gerçek olup olmadığını, en çok kimlerde görüldüğünü yani hastalığın yapısını bilmek istediğini dile getirmiştir. Bireylerin %29’u ise bilmek istediği bir şey olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.3.3. Bireylerin Bilgi Gereksinimi Boyutuna İlişkin İfadeleri*

İfadeler	Sayı	%
Hastalığını Tanımlama (n=31)		
Şanssızlık, çaresizlik, sıkıntı yaşatan yıpratıcı bir hastalık olarak	18	58.1
Yaşadığı psikotik belirtilerle ilişkili olarak	14	45.2
Diğer hastalıklar gibi geçici bir hastalık olarak	4	12.9
Hastalıkla İlgili Bilmek İstedikleri (n=31)		
Tedavisini, nasıl baş edeceğini	14	45.2
Hastalığın özelliklerini	12	38.7
Bilmek istediği bir şey yok	9	29.0
Taburculuk Sonrası Bilmek İstedikleri (n=31)		
Taburculuk sonrası bir bilgiye ihtiyaç duymuyor	15	48.4
Hastalık ve semptomlarıyla baş etmeyle ilgili bilgiler	10	32.3
İlaç kullanımıyla ilgili bilgiler	10	32.3
Bilgi Danışmayı Düşündüğü Kişiler (n=18)		
Sağlık kuruluşu ve sağlık çalışanları	14	77.8
Aile bireyleri	3	16.7
Diğer	2	11.1

*Bireyler birden fazla ifade kullanmıştır. Bu nedenle yüzde değerleri yanıt verenler üzerinden hesaplanmıştır.

Taburculuk sonrasında bireylerin; %32.3'ü "ilacı ne kadar süre kullanacağı, enjeksiyonun yan etkileri" gibi ilaç kullanımına ilişkin bazı şeyleri bilmek istemiştir. Bireylerin %32.3'ü "evde uyuyamama korkusu, kötü şeyleri yapmamaya çalışmak, tekrar sesler duyup duymayacağını merak etmek" gibi semptomlara yönelik bilgilere ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Bireylerin %48.4'ü ise taburculuk sonrası herhangi bir bilgiye ihtiyaç duymadığını belirtmiştir (Tablo 4.3.3).

Bireylere taburculuk sonrası ihtiyaç duydukları bilgi gereksinimini kimden karşılamayı düşündükleri sorulduğunda %77.8'i sağlık kurumu ve sağlık çalışanlarından, %16.7'si aile bireylerinden karşılamayı düşündüklerini belirtirken iki birey ise kimseden yardım almayacağını belirtmiştir. Bu boyuta ilişkin ifadelerin tamamı Ek Tablo 4.3.3.1'de verilmiştir.

4.3.4. Rol ve İlişkiler Boyutu

Rol ve ilişkiler boyutunda bireylerin aile içi rollerinin, eş ve çocuklarıyla ilişkilerinin, akraba ve arkadaşlarıyla ilişkilerinin ve cinsel yaşamlarının hastalıktan etkilenme durumuyla ilgili bulgular yer almaktadır.

Hastalığın bireyin aile içi rollerini etkilemediği veya olumlu etkilediğine dair bulguların yanında %61.3 oranında olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Buna gerekçe olarak da "tedaviye zorla götürülme, ailenin daha yoğun korku ve üzüntü duyguları yaşaması, gözden düşme" gibi olumsuzlukları göstermişlerdir (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.4. Bireylerin Rol ve İlişkiler Boyutuna İlişkin İfadeleri*

İfadeler	Sayı	%
Aile İçi Rollerin Hastalıktan Etkilenme Durumu (n=31)		
Etkilenmedi	10	32.3
Olumlu Etkilendi	4	12.9
Olumsuz Etkilendi	19	61.3
Eşle İlişkilerin Hastalıktan Etkilenme Durumu (n=12)		
Etkilenmedi	5	41.7
Etkilendi	7	58.3
Çocukla İlişkilerin Hastalıktan Etkilenme Durumu (n=12)		
Etkilenmedi	7	58.3
Etkilendi	5	41.7
Akrabalarla İlişkilerin Hastalıktan Etkilenme Durumu (n=31)		
Hastalığımı biliyorlar, ilişkimiz iyi	18	58.1
Hastalığımın dolayı uzaklaştılar	9	29.0
Uzaktalar, hastalığımı bilmiyorlar	4	12.9
Arkadaşlarıyla İlişkilerinin Hastalıktan Etkilenme Durumu (n=31)		
Etkilenmedi	11	35.5
Etkilendi, benden uzaklaştılar	10	32.3
Arkadaşım yok	7	22.6
Hastalığımla birlikte yeni arkadaşlıklar edindim	3	9.7
Cinsel Yaşamlarının Hastalıktan Etkilenme Durumu (n=24)		
Etkilenmedi	10	41.7
Etkilendi	12	50.0
Diğer	2	8.3

*Bireyler birden fazla ifade kullanmıştır. Bu nedenle yüzde değerleri yanıt verenler üzerinden hesaplanmıştır.

Hastalığının eşleriyle ilişkilerini etkileme durumuna bakıldığında bireylerin %58.3'ü etkilediğini belirtmiştir. Eşiyle ilişkisinin etkilendiğini belirten bireylerden bazılarının ifadeleri "cinsel anlamda etkilendiği, bekârken hastalığını söylemediği için etkilendiği" şeklindedir. Hastalığın çocuklarıyla ilişkilerini etkileme durumuna bakıldığında bireylerin %41.7'si etkilediğini belirtmiştir. Etkilendiğini söyleyen bireylerden bazılarının ifadeleri; "çocuklarla ilişkilerinin eskisi gibi olmadığı, evin bütün iş yükünü çocuğun yüklendiği" şeklindedir (Tablo 4.3.4).

Hastalığının akrabalarıyla ilişkilerini etkileme durumu ile ilgili olarak bireylerin %58.1'i akrabalarının hastalığını bildiklerini ve ilişkilerinin iyi olduğunu, %29'u hastalığın dolayı akrabalarının uzaklaştığını belirtmiştir. Bununla ilgili bazı ifadeler; "hastalığım daha kötü olur diye aramıyorlar, maksimum olumsuzluk ve ilişki bitimi, kopukluk oldu, üzüldüler, kimse sorumluluk almak istemiyor" şeklindedir. Bireylerden dördü ise akrabalarından kimsenin hastalığını bilmediğini zaten uzakta olduklarını ifade etmiştir (Tablo 4.3.4).

Hastalığının arkadaşlarıyla ilişkilerini etkileme durumu ile ilgili olarak bireylerin %22.6'sı arkadaşının olmadığını, %35.5'i ilişkisinin etkilendiğini, %9.7'si ise hastalığıyla birlikte hastaneden yeni arkadaşlar edindiğini ifade etmiştir.

Etkilendiğini söyleyen bireyler (%32.3) ise “arkadaşlıkların kısa sürdüğünü, durumunun tasvip edilmediğini hoşgörünün az olduğunu, ilişki kuramadığını, arkadaşlarının durumuna üzüldüğünü” belirtmiştir (Tablo 4.3.4).

Bireylerin %50’si hastalığın cinsel yaşamını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Katılımcıların tamamının rol ve ilişkiler boyutuna ilişkin ifadeleri Ek Tablolar bölümünde Tablo 4.3.4.1’de verilmiştir.

4.3.5. Güvenli Çevre Boyutu

Güvenli çevre boyutunda bireylerin yaşadığı ortamda kendilerini güvende hissedip hissetmedikleri ve güvende hissetmek için neler yaptıklarıyla ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.5. Bireylerin Güvenli Çevre Boyutuna İlişkin İfadeleri (n=31)

İfadeler	Sayı	%
Güvende Hissetme		
Kendimi güvende hissediyorum	19	61.3
Kendimi güvende hissetmiyorum	12	38.7
Güvende Hissetmek İçin Yaptıkları		
Hiç bir şey yapmıyorum	20	64.5
İletişimsel ve zihinsel olarak rahatlamaya çalışıyorum	11	35.5

Tablo 4.3.5’de görüldüğü gibi bireylerin %61.3’ü yaşadıkları ortamda kendini güvende hissettiğini, %38.7’si ise güvende hissetmediğini belirtmiştir. Bireylerin güvende hissetmemeye ilgili bazı ifadeleri “öldürüleceğini düşünme, tek kaldığında korkma, hastaneye yatırılma korkusu yaşama” şeklindedir.

Kendini güvende hissetmek için neler yaptıklarıyla ilgili olarak bireylerin %64.5’i hiçbir şey yapmadığını, %35.5’i ise “bir uğraşıyla meşgul olmak, aldırış etmemeye çalışmak, aileden birini her zaman yanında bulundurmamak, hemşire ve doktorların söylediklerini düşünmek, iyi iletişim kurmaya çalışmak, ailevi huzuru sağlamak” gibi iletişimsel ve zihinsel olarak rahatlamaya çalıştığını ifade etmiştir. Katılımcıların tamamının güvenli çevre boyutuna ilişkin ifadeleri Ek Tablolar bölümünde Tablo 4.3.5.1’de verilmiştir.

4.3.6. Tedavi ve Bakım Boyutu

Tedavi ve bakım boyutunda bireylerin ilaç kullanma durumları, ilaç kullanırken karşılaştıkları sorunlar, bu sorunları çözme şekilleri, tedavide doktor önerisi dışında bir şeyler yapma durumları, tedavi ve bakımlarında ailelerinden ve çevreden destek alma durumları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.6. Bireylerin Tedavi ve Bakım Boyutuna İlişkin İfadeleri*

İfadeler	Sayı	%
İlaç Kullanma Durumu (n=31)		
Evet, kullanıyorum	27	87.1
Hayır, kullanamıyorum	4	12.9
İlaç Kullanırken Karşılaştıkları Sorunlar (n=31)		
İlaç yan etkileri konusunda sorunlar	14	45.2
Bir sorun yaşamıyorum	9	29.0
İlacın uygun kullanımıyla ilgili sorunlar	8	25.8
Bu sorunları çözme şekilleri (n=22)		
Kendi yöntemlerimle çözüyorum	8	36.4
Dr. danışarak/ ilaç düzenlenerek	7	31.8
Bir şey yapamıyorum	7	31.8
Tedavide Doktor Önerisi Dışında Bir Şey Yapma Durumu (n=31)		
Dr. önerisi dışında bir şey yapmama	17	54.8
Kendi kendine rahatlamaya çalışma	11	35.5
Yakınlarının tavsiyelerinden faydalanma	3	9.7
Tedavi ve Bakımda Aileden Destek Alma Durumu (n=30)		
Maddi ve manevi destek veriyorlar.	18	61.3
Tedaviyi sürdürmede yardımcı oluyorlar	7	22.6
Destek alamıyorum, bana kötü davranıyorlar	5	16.1
Aileleri Dışında Destek Kaynakları (n=31)		
Yok	16	51.6
Arkadaşlar	9	29.0
Akrabalar	5	16.1
Doktor ve hemşireler	3	9.7

*Bireyler birden fazla ifade kullanmıştır. Bu nedenle yüzde değerleri yanıt verenler üzerinden hesaplanmıştır.

İlaçlarını doktorun önerdiği gibi kullandığını belirten bireyler grubun %87.1'i kadardır. Bireylerin büyük çoğunluğu ilaç kullanırken en az bir sorun yaşamaktadır. Bunlar "ilacın saatini atlama ve unutma" gibi ilacın uygun kullanımıyla ilgili sorunlar ve "uyku hali, hareketlilik, istem dışı hareketler ve kasılmalar, iştah ve kiloda artış" gibi yan etkilerle ilgili sorunlardır. İlaç kullanırken yaşadıkları sorunları çözmeye bireylerin %31.8'i bir şey yapmıyor, %31.8'i doktora danışarak ilaç dozu düzenlenmesiyle sorunlarını çözüyor. Bireylerin %36.6'sı ise yakınlarının yardımı ve kendi kendine rahatlatma yöntemleri kullanıyor (Tablo 4.3.6).

Araştırmaya katılan bireylerin %54.8'i tedavide doktor önerisi dışında bir şey yapmadığını, %35.5'i "müzik dinleme, film izleme, kurslara gitme" gibi boş zaman aktivitelerini uyguladığını, bunların içinde iki birey ise kendine zarar vermeye çalışma ve hocaya gitme gibi etkisiz yöntemler dile getirmiştir. Bireylerin %9.7'si ise çevresindeki insanların destek ve tavsiyelerinden faydalandığını belirtmiştir (Tablo 4.3.6).

Bireylerin büyük çoğunluğu ailelerin tedavi ve bakımda kendilerine olumlu destek verdiğini belirtmiştir. Bu destek maddi, manevi ve tedaviyi sürdürmesine

yardım şeklinde olmaktadır. Bireylerin %16.1'i ise "kızıyorlar, pek bir şey yapmıyorlar, ısrarcı tavırları var" ifadeleriyle destek alamadığını belirtmiştir (Tablo 4.3.6).

Bireylere tedavi ve bakımlarında aileleri dışında birilerinden destek alma durumları sorulduğunda %51.6'sı aileleri dışında destek kaynaklarının olmadığını, %29'u arkadaşlarından, %16.1'i akrabalarından, %9.7'si doktor ve hemşirelerden destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların tamamının tedavi ve bakım boyutuna ilişkin ifadeleri Ek Tablolar bölümünde Tablo 4.3.6.1'de verilmiştir.

4.3.7. Kendine Bakım Boyutu

Kendine bakım boyutunda bireylerin günlük bakımlarını yapabilme durumları, kendilerine bakmada ne tür sorunlar yaşadıkları ve bu sorunları nasıl çözdükleriyle ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.7. Bireylerin Kendine Bakım Boyutuna İlişkin İfadeleri (n=31)

İfadeler	Sayı	%
Günlük Bakımını Yapabilme Durumu		
Sorunsuz yapıyorum	14	45.2
Sorunlara rağmen yapıyorum	12	38.7
Yapamıyorum	5	16.1
Günlük Bakımını Yaparken Karşılaştığı Sorunlar		
Sorun yok	14	45.2
Yorgunluk, İsteksizlik ile karşılaşıyorum	13	41.9
Hastalık semptomlarıyla baş edemiyorum	4	12.9
Bu Sorunları Çözme Şekli		
Sorun yok	14	45.2
Kendimi zorluyorum, bir şey yapamıyorum	12	38.7
Birinden yardım alıyorum	5	16.1

Katılımcıların %83.9'u günlük bakımını yapabildiğini belirtmiştir. Günlük bakımını yapabilen bireyler de dahil olmak üzere grubun yaklaşık yarısı bakımını yaparken bir sorun yaşamaktadır. Bu sorunlar büyük oranda bireylerin yaşadığı yorgunluk ve isteksizlikle alakalıdır. Günlük bakımını yaparken yaşadığı sorunları çözmeye bireylerin çok az bir bölümünün dışarıdan yardım aldığı, genelinin ise etkin bir şekilde baş edemediği belirlenmiştir. Katılımcıların tamamının kendine bakım boyutuna ilişkin ifadeleri Ek Tablolar bölümünde Tablo 4.3.7.1'de verilmiştir.

4.3.8. Uyku ve Dinlenme Boyutu

Uyku ve dinlenme boyutunda bireylerin taburculuktan sonra uyku alışkanlığında herhangi bir değişim olup olmadığı, bu değişimin nedenleri ve uyku durumunu düzenlemek için neler yaptıklarıyla ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.8. Bireylerin Uyku ve Dinlenme Boyutuna İlişkin İfadeleri

İfadeler	Sayı	%
Uyku Alışkanlığında Değişim Durumu (n=31)		
Değişim yok	12	38.7
Uykum düzene girdi	7	22.6
Zor ve rahatsız uyuyorum	8	25.8
Çok uyuyorum	4	12.9
Uyku Alışkanlığındaki Değişimin Nedenleri (n=17)		
Hastane düzeninin olumlu etkisi	6	35.3
Stres, korku ve hastalığının etkisi	7	41.2
İlaçlar	4	23.5
Uyku Durumunu Düzenleme Şekli (n=21)		
Bir şey yapmıyorum	10	47.6
İlaç dışı uygulamalar yapıyorum	8	38.1
Doktorun verdiği ilaçlar yeterli oluyor	4	19.0

Tablo 4.3.8’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin taburculuktan sonraki uyku düzeniyle ilgili olumlu ve olumsuz yönde değişimler olduğu bulunmuştur. Klinik yatış sırasındaki kurallar nedeniyle uykularının düzene girdiğini belirten bireyler olduğu gibi ilaçların etkisiyle çok fazla uyuduğunu ve stresten dolayı kabuslar gördüğünü belirten bireyler de olmuştur.

Uyku durumunu düzenlemek için bireylerin %38.1’i “yürüyüş, günlük aktiviteler, yorulma, az yemek yeme, yoğurt yeme, kahve içme” gibi ilaç dışı uygulamalar yaptıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların tamamının uyku ve dinlenme boyutuna ilişkin ifadeleri Ek Tablolar bölümünde Tablo 4.3.8.1’de verilmiştir.

4.3.9. Manevi Boyut

Manevi boyutta bireylerin sağlığı tanımlamaları, yaşamlarındaki önemli kişiler, boş zamanlarını nasıl değerlendirdikleri, dini ve manevi uygulamaların hastalıktan etkilenme durumu, toplumun ruhsal hastalığa bakışını nasıl algıladıkları ve gelecek planlarıyla ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.9’da görüldüğü gibi katılımcıların büyük çoğunluğu(%77.4) sağlığı; “ruhsal yönden iyi olma” olarak tanımlamıştır. Diğer tanımlamalar “bedensel sağlık” ve “kendine yetebilme” kavramlarıyla ilgilidir.

Bireylerin tamamı “ailelerinin yaşamlarındaki en önemli kişiler olduğunu” ifade etmiştir. Bunun yanında akraba ve arkadaşlarını da değer verdiği kişiler olarak ifade eden bir grup birey de bulunmaktadır (Tablo 4.3.9).

Boş zaman değerlendirmeyle ilgili olarak katılımcıların büyük çoğunluğu “müzik dinlemek, televizyon seyretmek, yazı yazmak, şiir yazmak, ders çalışmak, kek yapmak, temizlik ve ev işi yapmak, annesiyle konuşmak, çocuğuyla vakit geçirmek çiçeklerle ilgilenmek, hayvanlarla vakit geçirmek” gibi ev içinde yapabileceği aktivitelerle meşgul olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.3.9).

Tablo 4.3.9. Bireylerin Manevi Boyuta İlişkin İfadeleri*

İfadeler	Sayı	%
Sağlığı Tanımlama (n=30)		
Kişinin ruhsal yönden sağlıklı ve huzurlu olması	20	66.7
Kişinin bedensel yönden sağlıklı olması	10	33.3
Kişinin kendi kendine yetebilmesi	7	23.3
Yaşamdaki Önemli Kişiler (n=31)		
Aile	31	100.0
Akrabalar	5	16.1
Arkadaşlar	3	9.7
Boş zaman Değerlendirme (n=31)		
Ev içinde yapabileceğim aktivitelerle uğraşırım	24	77.4
Ev dışında yapabileceğim aktivitelerle uğraşırım	11	35.5
Genelde bir şey yapmayarak veya uyuyarak geçiririm	6	19.4
Dini ve Manevi Uygulamaların Hastalıktan Etkilenme Durumu (n=31)		
Olumsuz etkilenmedi	19	61.3
Dini inancım zayıfladı, ibadetler aksadı	11	35.5
İnsanlardan uzaklaştım, onlara sevgim azaldı	6	19.4
Toplumun Ruhsal Hastalığa Bakışı (n=28)		
Anlamaya yardım etmeye çalışıyorlar	9	32.1
Dışlıyorlar ve acınacak zavallı biri olarak bakıyorlar	19	67.9
Gelecek Planları (n=31)		
İş, uğraşı, meslek, diploma, ve mal mülk sahibi olmak	19	61.3
Aile kurmak ve aileyi geliştirmek	13	41.9
Gelecek planı yok	6	19.4
Diğer(sağlıklı olmak, kimseyi kırmadan yaşamak...)	4	12.9

*Bireyler birden fazla ifade kullanmıştır. Bu nedenle yüzde değerleri yanıt verenler üzerinden hesaplanmıştır.

Hastalığı nedeniyle dini ve manevi inanç ve uygulamalarının etkilenme durumuna bakıldığında bireylerin %61.3'ü olumsuz etkilenme olmadığını ve bunlar içinde iki birey de "sıkıntı çeken insanları daha iyi anladığımı, hoşgörü kazandığımı, iyileşmek için sadaka verdiğimi" ifade etmiştir. Bu olumlu değişimlerin yanında "ibadetten soğuma, Allah inancının azalması, tanınmamak için camide değil evde namaz kılma, iyice dalıp gitmemek için dini şeylerden uzak durma" gibi ifadeler dikkat çekmiştir. Bir grup birey ise diğer insanlara karşı ilgi ve sevgilerinin azaldığı şeklinde ifadelerde bulunmuştur (Tablo 4.3.9).

Bireylere toplumun ruhsal hastalığa bakışı sorulduğunda %67.9'u; "dalga geçiliyor, iyi bakılmıyor, acınası zavallı görülüyor, eskiden kıymıyorlardı şimdi çok

sıradan bir şey oldu” ifadeleri kullanmışlardır. Bireylerin %32.1’i ise anlamaya yardım etmeye çalışıldığını ifade etmiştir (Tablo 4.3.9).

Bireylere gelecek planlarının neler olduğu sorulduğunda bireylerin %61.3’ü “araba sahibi olmak, okumak, meşguliyet bulmak, işe girip para kazanmak, emekli olabilmek, ev ve araba almak, bahçeli küçük bir ev ve ekip biçmek, gezmek, modern dans kursuna gitmek” gibi iş, uğraşı ve mal sahibi olma konularında planları olduğunu ifade etmiştir. Bireylerin %41.9’u; “çocuk sahibi olabilmek, evlenip yuva kurmak, torunlarıyla yaşamak gibi aile bütünlüğünü sürdürmeye yönelik planları olduğunu belirtmiştir. Bireylerin %19.4’ü gelecek planları olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların tamamının manevi boyuta ilişkin ifadeleri Ek Tablo 4.3.9.1’de verilmiştir.

4.4. Bireylerin Taburculuk Sonrası Bakım Gereksinimlerine Göre Öz-Bakım Gücü Ölçeğinden Aldıkları Puanlara İlişkin Bulgular

Bu bölümde bireylerin taburculuk sonrası bazı bakım gereksinimlerine göre öz-bakım gücü ortalamaları arasındaki farka bakılmıştır. İncelemeye alınan bakım gereksinimleri istatistiksel analiz yapmaya uygun olanlardır.

Baş etmede ihtiyaç duyduğu yardıma göre; araçsal desteğe yani; ev işlerinde, günlük bakımında, sağlığıyla ilgili konularda yardıma gereksinim duyan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğer bireylere göre düşük bulunmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4.1).

Tablo 4.4.1. Bireylerin Problem ve Güçlükleri ile Baş Etmede İhtiyaç Duydukları Yardıma Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları Dağılımı (n=31)

Gereksinim	Sayı	Öz-bakım gücü	Değerlendirme
Baş etmede ihtiyaç duyduğu yardım			
Duygusal destek	14	99.28±18.75	F=2.003
Araçsal destek	9	89.66±28.76	p=0.154
Tanımlanamayan yardım	8	110.25±13.89	

Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olmakla birlikte, eşiyle ilişkisinin hastalıktan etkilenmediğini ifade eden bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması etkilendiğini ifade eden bireylerinkinden yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.2).

Bireylerin çocuklarıyla ilişkilerinin etkilenme durumuyla öz-bakım gücü puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında; çocuğuyla ilişkilerinin etkilenmediğini söyleyen bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.4.2. Bireylerin İlişkilerinin Hastalıktan Etkilenme Durumuna Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları Dağılımı

Gereksinimler	Sayı	Öz-bakım gücü	Değerlendirme
Eşle ilişkilerin hastalıktan etkilenme durumu (n=12)			
Etkilenmedi	5	116.60±13.77	t=1.093
Etkilendi	7	108.00±13.20	p=0.300
Çocukla ilişkilerin hastalıktan etkilenme durumu (n=12)			
Etkilenmedi	7	108.57±13.33	t=-0.242
Etkilendi	5	110.60±15.66	P=0.814
Akrabalarla ilişkilerin hastalıktan etkilenme durumu (n=31)			
Hastalığımı biliyorlar, ilişkimiz iyi	18	97.88±18.96	F=2.877
Hastalığımın dolayı uzaklaştılar	9	92.33±26.54	p=0.073
Uzaktalar, hastalığımı bilmiyorlar	4	121.50±6.95	
Arkadaşlarla ilişkilerin hastalıktan etkilenme durumu (n=31)			
Etkilenmedi	11	100.18±22.34	
Etkilendi, benden uzaklaştılar	10	98.20±27.73	F=1.042
Arkadaşım yok	7	91.57±9.10	p=0.390
Hastalığımla birlikte yeni arkadaşlıklar edindim	3	118.00±14.73	
Cinsel yaşamın hastalıktan etkilenme durumu (n=24)			
Etkilenmedi	10	112.20±15.40	F=2.713
Etkilendi	12	98.75±19.41	p=0.089
Diğer	2	80.00±43.84	

Bireylerin akrabalarıyla ilişkilerinin hastalıktan etkilenme durumuna göre öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında; hastalığından dolayı akrabalarının uzaklaştığını ifade eden bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğerlerine göre düşük olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.4.2)

Bireylerin arkadaşlarıyla ilişkilerinin etkilenme durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında arkadaşı olmayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması en düşük, yeni arkadaşlıklar edinen bireylerin en yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.4.2).

Cinsel yaşamlarının hastalıktan etkilenmediğini ifade eden bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğerlerinden daha yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.4.2).

Tablo 4.4.3. Bireylerin Kendilerini Güvende Hissetme Durumlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları Dağılımı (n=31)

Gereksinimler	Sayı	Öz-bakım gücü	Değerlendirme
Güvende Hissetme			
Kendimi güvende hissediyorum	19	98.31±25.91	t=-0.318
Kendimi güvende hissetmiyorum	12	100.91±14.14	p=0.753
Güvende Hissetmek için yaptıkları			
Hiç bir şey yapmıyorum	20	99.00±23.59	t=-0.109
İletişimsel ve zihinsel olarak rahatlamaya çalışıyorum	11	99.90±19.37	p=0.914

Tablo 4.4.3’de kendilerini güvende hissetme durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında kendini güvende hissetmeyen bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. Kendini güvende hissetmek için iletişimsel ve zihinsel olarak rahatlamaya çalışan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır.

Tablo 4.4.4. Tedavi ve Bakım Boyutuna İlişkin Gereksinimlere Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları

Gereksinimler	Sayı	Öz-bakım gücü	Değerlendirme
İlaç kullanma durumu (n=31)			
Evet, kullanıyorum	27	99.37±22.90	t=0.031
Hayır, kullanmıyorum	4	99.00±15.25	p=0.975
İlaç kullanırken karşılaştıkları sorunlar (n=31)			
İlaç yan etkileri konusunda sorunlar	14	103,00±21,23	F=0.642
Bir sorun yaşamıyorum	9	92.44±28.68	p=0.534
İlacın uygun kullanımıyla ilgili sorunlar	8	100.62±13.44	
Bu sorunları çözme şekli (n=22)			
Kendi yöntemlerimle çözüyorum	8	102.62±11.21	F=3.161
Dr. danışarak/ ilaç düzenlenerek	7	113.14±15.31	p=0.065
Bir şey yapamıyorum	7	90.57±22.66	
Tedavide Doktor Önerisi Dışında Bir Şey Yapma Durumu (n=31)			
Dr. önerisi dışında bir şey yapmama	17	93.00±23.07	F=1.730
Kendi kendine rahatlamaya çalışma	11	108.18±19.47	p=0.196
Yakınlarının tavsiyelerinden faydalanma	3	102.66±15.01	
Tedavi ve Bakımda Aileden Destek Alma Durumu (n=30)			
Maddi ve manevi destek veriyorlar.	18	100.55±18.94	F=0.048
Tedaviyi sürdürmede yardımcı oluyorlar	7	97.71±24.51	p=0.953
Destek alamıyorum, bana kötü davranıyorlar	5	101.20±32.22	

İlaçlarını düzenli kullandığını belirten bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4.4).

İlaç kullanırken karşılaştıkları sorunlara göre öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olmakla birlikte ilaç yan etkileri konusunda sorun yaşayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğerlerine göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.4).

İlaç kullanırken karşılaştıkları sorunları çözüme durumlarına göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında doktora danışan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4.4).

Tedavileri için doktor önerisi dışında bir şeyler yapma durumlarına göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında kendi kendine rahatlatma yöntemleri kullanan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğerlerine göre yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4.4).

Bireylerin tedavi ve bakımda ailelerinden aldıkları desteğe göre öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında destek alamıyorum diyen bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması, diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4.4).

Tablo 4.4.5. Bireylerin Günlük Bakımlarını Yapabilme Durumlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları (n=31)

Gereksinimler	Sayı	Öz-bakım gücü	Değerlendirme
Günlük Bakımını Yapabilme Durumu			
Evet	26	99.11±23.58	t=0.118
Hayır	5	100.40±10.23	P=0.907
Günlük Bakımını Yaparken Karşılaştığı Sorunlar			
Sorun yok	14	105,35±23,28	F=2.497
Yorgunluk, İsteksizlik ile karşılaşıyorum	13	89,61±19,82	p=0.101
Hastalık semptomlarıyla baş edemiyorum	4	109,75±11,58	
Bu Sorunları Çözme Şekli			
Sorun yaşamadığım için yardıma gerek duymuyorum	14	105.35±23.28	F=0.987
Kendimi zorluyorum, bir şey yapamıyorum	12	93.75±23.78	p=0.385
Birinden yardım alıyorum	5	95.80±5.44	

Bireylerin günlük bakımını yapabilme durumuna göre öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında günlük bakımını yapamadığını söyleyen bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4.5).

Günlük bakımlarını yaparken yorgunluk ve isteksizlik yaşayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğerlerine göre daha düşüktür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Günlük bakımını yaparken yaşadığı sorunları çözmede herhangi bir şey yapmayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması en düşüktür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4.5).

Tablo 4.4.6. Bireylerin Uyku Durumundaki Değişime Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları Dağılımı

Gereksinimler	Sayı	Öz-bakım gücü	Değerlendirme
Uyku Alışkanlığında Değişim Durumu (n=31)			
Hayır değişim yok	12	96.00±24.42	F=0.706
Uykum düzene girdi	7	109.85±17.95	p=0.557
Çok uyuyorum	4	99.00±14.65	
Zor ve rahatsız düzensiz uyuyorum	8	95.25±24.36	
Uyku Alışkanlığındaki Değişimin Nedenleri (n=17)			
Hastane düzeninin olumlu etkisi	6	114.33±15.70	F=1.598
Stres, korku ve hastalığının etkisi	7	96.85±27.64	p=0.237
İlaçlar	4	93.75±7.67	

Uyku alışkanlığındaki değişime göre bireylerin öz-bakım gücü düzeylerine bakıldığında hastane sonrası uykusu düzene giren bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğerlerine göre daha yüksektir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4.6).

Uyku alışkanlığındaki değişimin nedenlerine göre öz-bakım gücü düzeylerine bakıldığında değişimin nedeni ilaçlar olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması gruba göre düşük bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4.6).

Tablo 4.4.7. Bireylerin Toplumun Ruhsal Hastalığa Bakışını Algılamalarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları (n=28)

Gereksinim	Sayı	Öz-bakım gücü	Değerlendirme
Toplum Ruhsal Hastalığa Bakışı			
Anlamaya yardım etmeye çalışıyorlar	9	91.77±21.48	t=-1.923
Dışlıyorlar ve acınacak biri olarak bakıyorlar	19	106.89±18.44	p=0.066

Toplumun ruhsal hastalığa bakış açısı algısına göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında dışlıyor ve acıyor diyen grubun öz-bakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 4.4.7).

TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular iki ana başlıkta tartışılacaktır. Bu başlıklardan ilki şizofreni tedavisi alan ve taburculuğunun erken döneminde olan bireylerin tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre öz-bakım gücü ölçeğinden aldıkları puanların sonuçlarıyla literatür bilgilerinin karşılaştırılmasını içermektedir. İkinci başlıkta ise bireylerin taburculuğunun erken dönemindeki bakım gereksinimleri literatür ışığında açıklanmıştır.

5.1. Şizofreni Tedavisi Almış Bireylerin Taburculuğunun Erken Döneminde Öz-bakım Güçleri

Bu çalışmada bireylerin öz-bakım gücü genel puan ortalaması 99.32 ± 21.86 olarak belirlenmiş, ölçekten alınan en düşük puanın 46 en yüksek puanın 136 olduğu görülmüştür. Literatürde şizofreni hastalarının öz-bakım gücünü ölçen tek araştırma olan Çörçem ve Günüşen(23)'in araştırmasında örneklem grubuna alınan 21 şizofreni hastasının öz-bakım gücü genel puan ortalaması 88.42 ± 25.09 olup katılımcıların büyük çoğunluğunun bekar, lise mezunu, ekonomik düzeylerinin orta ve işsiz olması bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Çörçem ve Günüşen(23)'in araştırmasında hastaların ekonomik düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamalarının arttığı, diğer değişkenler ile öz-bakım gücü puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada; katılımcıların "çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı ve ailede ruhsal hastalığı olan başka birey varlığı" değişkenleriyle öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.

Literatürde diğer kronik hastalıklara sahip bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında; Bakoğlu ve ark.(105)'in çalışmasında periton diyalizi yapan hastaların genel öz-bakım gücü puan ortalaması 102.96 ± 20.70 , Bakoğlu ve Yetkin(36)'in çalışmasında hipertansiyon hastalığı olan bireylerin 98.9 ± 20.1 , Ünsar ve ark.(40)'in çalışmasında hemodiyaliz tedavisi gören bireylerin 116.58 ± 11.12 , Düzöz ve ark.(41)'nin çalışmasında tip II diyabetes mellituslu hastaların 90.02 ± 18.17 , Uğurlu ve ark.(106)'nin çalışmasında aile ortamında yaşayan yaşlı bireylerin 92.22 ± 16.92 olarak bulunmuştur.

Araştırmada yaş gruplarına göre bireylerin öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte en düşük puan ortalamasının 25 yaş altındaki bireylere ait olduğu görülmektedir. 25-34 ve 35-44 yaş arasında öz-bakım gücü puan ortalaması sırasıyla yükselmiştir. 45 yaş ve üstü olan bireylerde puan tekrar düşmüştür. Bu durum ileri yaşlarla birlikte öz-bakım gücü ve öz-bakımını sağlamaya yönelik isteğin azalması şeklinde yorumlanabilir. Çörçem ve Günüşen (23)'in çalışmasında da şizofreni hastalarının yaşları ile öz-bakım gücü düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürdeki benzer çalışmalarda da yaş ve öz-

bakım gücü puan ortalaması arasında fark bulunamamıştır (36, 105, 41). Ancak yaş arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamasının arttığı çalışmalar da bulunmaktadır (107, 108).

Cinsiyete göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı halde; kadınların öz-bakım gücü puan ortalaması (101.05 ± 24.38), erkeklerinkinden (96.92 ± 18.48) yüksek bulunmuştur.. Uğurlu (109)'nun çalışmasında kadın şizofreni hastalarının günlük yaşam becerilerini erkek hastalara göre daha iyi yerine getirdikleri ve tedaviyi daha çok önemsedikleri bu nedenle de tedavi uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Ancak literatürde erkeklerin öz-bakım gücü puan ortalamasının kadınlardan yüksek olduğu çalışmalara da rastlanmaktadır (36, 40).

Bu çalışmada bekâr bireylerin yüzdesi evli ve boşanmış bireylere göre yüksek bulunmuştur. Şizofreni hastalarıyla yapılan bazı çalışmalar da (11, 65, 110, 111, 112, 113) bu bulguyu desteklemektedir. Şizofreni hastalarında medeni durumla ilgili iki görüş; yalnız yaşamının şizofreniye yatkınlığı arttırdığı ve bu kişilerin hastalık nedeniyle aile kurmakta zorlandıkları için daha sık boşandıkları şeklindedir. Şizofreni tanısı almış kişiler arasında evlilerin oranı toplum ortalamasının altındadır (114). Pehlivan(2004)'ın çalışmasında şizofreni hastalığı olan bireylerin hastalık öncesi ve sonrası medeni durumları karşılaştırıldığında hastalık sonrasında boşanmış ve ayrı yaşayan bireylerin oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada şizofreni hastalarının yarısından fazlasının en az bir kez evlendiği saptanmıştır. Bu çalışmada da evli ve boşanmış bireyler tüm grubun yaklaşık yarısını oluşturmaktadır (115).

Medeni durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalaması evli bireylerin 111.87 ± 14.58 , boşanmış bireylerin 108.28 ± 11.33 , bekar bireylerin ise 89.12 ± 23.93 olarak bulunmuştur. Bekar bireylerin öz-bakım gücü düzeylerinin anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde İlhan (116) ve Korkmaz (117)'in çalışmasında da evli bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması boşanmış ve bekar olanlara göre yüksek bulunmuştur. Şizofreni hastalarının evliliği söz konusu olduğunda "psikotik atak geçiren bireyin evlendirilirse iyileşeceği" ve bunun tam tersi olarak "bu insanlarla evlenmemek" yönünde iki ön yargı söz konusu olmaktadır. Ancak evlilik, cinsellik, sahiplenilme ve güven duyguları insan yaşamında önemli bir yer tutarak bireylerin yaşam kalitesini, rahatlık duygusunu ve benlik algısını yükseltmektedir (12). Şizofreni hastalığında "evli olma" iyi sonlanım belirtilerinden kabul edilmektedir (66). Süğün (102)'ün şizofreni hastalarının yaşam niteliği ile hastalığın pozitif-negatif belirtileri arasındaki ilişkiyi saptama amacıyla yaptığı çalışmasında; evli olan bireylerin bekâr olanlara göre kişilerarası ilişkileri, mesleki rol uyumları ve yaşam niteliklerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Eğitim durumlarına bakıldığında bireylerin yaklaşık yarıya yakını lise mezunu olup okuryazar olmayan birey yoktur. Bazı çalışmalarda da (110, 111, 112, 113, 118, 119) benzer şekilde şizofreni hastalarının yüksek oranda lise mezunu olduğu ve en az ilköğretim bitirdikleri görülmektedir. Bu çalışmada bireylerin ortalama hastalık başlangıç yaşı genç erişkinlik olduğu bulgusuna bakılarak

bireylerin hastalık başlayıncaya kadar eğitimlerini belli bir seviyeye ulaştırabildikleri düşünülmektedir.

Araştırmada eğitim durumuna göre öz-bakım gücü puan ortalaması; lise mezunu bireylerin 104.84 ± 21.78 , ortaokul veya ilkokul mezunu bireylerin 97.07 ± 22.10 , üniversite mezunu bireylerin 90.80 ± 22.09 olarak bulunmuştur. Altıparmak ve ark.(47)'nin çalışmasına göre bireylerin eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücü düzeyleri de artmaktadır. Ünsar ve ark.(40) ve Bakoğlu ve Yetkin(36), Uğurlu ve ark.(106) ve İlhan (116)'ın çalışmalarında da yüksek eğitim düzeyi öz-bakım düzeyini olumlu etkileyen bulgular arasındadır. Bu çalışmada ise literatürle uyumsuz şekilde üniversite mezunu bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması en düşük bulunmuştur.

Araştırma grubundaki bireylerin meslek ve iş durumlarına bakıldığında en çok görülen durum işsizlik (%38.7)'tir. Bunu ev hanımları, emekliler, memurlar ve serbest meslek grubu izlemektedir. Şizofreni hastalarıyla yapılan birçok çalışmada işsizlik oranının yüksek olduğu görülmektedir (11, 112, 113). Bu durum yine hastalık başlangıç yaşıyla ilişkilendirilebilir. Bireylerin bir meslek edinebilecekleri verimli olabilecekleri yaşlarda hastalık tanısı konduğu için mesleki açıdan bir kazanım elde edemedikleri düşünülmektedir. Şizofreni hastalarında hastalığın başlangıç yaşı medeni durumu ve mesleki durumu etkileyen bir faktördür. Erken başlangıçlı şizofreni olgularında işsizlik ve bekar olma oranının geç başlangıca göre yüksek olması, bireylerin evlenme ve işe girmeleri konusunda damgalanmanın olumsuz sonuçlarıdır (120). Araştırmada; çalışan bireyler (%16.1), çalışmayan bireylerin yaklaşık beşte biri kadardır. Bu oranın çok düşük olduğu ancak bireylerin mesleki durumlarına paralel olarak da beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir. Bu durum şizofreni hastalığının mesleki işlevselliği bozabilen bir hastalık olduğunu düşündürmektedir. Çalışan bireylerin ortalama çalışma süresi 7.40 ± 2.88 'dir.

Mesleki durumlarına göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması ev hanımlarında 103.00 ± 15.40 emeklilerde 112.50 ± 12.81 işsiz bireylerde 89.08 ± 27.84 , serbest meslek grubunda 100.33 ± 18.55 , memurlarda ise 110.66 ± 11.50 olarak bulunmuştur. İşsiz bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının diğerlerine göre düşük olduğu görülmektedir. Çalışma durumlarına göre bireylerin öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamakla birlikte, çalışan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması (110.40 ± 9.91), çalışmayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasından (97.19 ± 22.98) yüksek bulunmuştur. Sonuçlar işsiz ve çalışmayan bireylerin öz-bakım gücü düzeyinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Uğurlu (109)'nun araştırması bir işte çalışmanın, şizofreni hastalarının mesleki ve sosyal işlevsellik düzeylerini olumlu etkilediğini, çalışan şizofreni hastalarında yaşam niteliğinin çalışmayanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Bireylerin maddi durum algısına bakıldığında çoğunluğun maddi durumunu orta düzeyde algıladığı bulunmuştur. Süğün (113) ve Uğurlu(109)'nun şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada da bireylerin maddi durum algısının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Bunun yanında bireylerin %25.8'i de maddi durumunu düşük

düzye de algılamaktadır. Şizofreni toplumda her türlü sosyoekonomik ortamda görülse de düşük sosyoekonomik kesimlerde stresli yaşam olaylarının fazla olması nedeniyle şizofreni görülme sıklığı ve yaygınlığı daha fazladır. Bununla ilgili bir diğ er görüş ise; sosyoekonomik koşulların şizofreni için bir risk faktörü olmaktan çok şizofreninin sonucu olduğu şeklindedir. Şizofreni zamanla genetik olarak bu rahatsızlığı taşıyan bireylerin kuşaklar boyunca alt sosyal sınıfa doğru kaymasına neden olmaktadır (114). Ayrıca birey ve ailenin ekonomik durumunun kötü olması ailenin yükünü arttıran bir faktör olarak bulunmuştur (72).

Maddi durumlarına göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz olmakla birlikte maddi durumunu orta düzeyde algılayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması, düşük ve yüksek olarak algılayanlara göre yüksek bulunmuştur. Benzer çalışmalarda ise istatistik olarak anlamlı olmasa da maddi durum algısı yüksek olan bireylerin öz-bakım gücü düzeyleri de yüksek bulunmuştur (96, 46).

Çalışmaya katılan tüm bireylerin sağlık güvencesi vardır. Bu nedenle öz-bakım gücü düzeyine bakılmamıştır. Bakoğlu ve Yetkin (36)'in çalışmasında sağlık güvencesi olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması olmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Çocuk sahibi olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması (109.41±13.68) çocuk sahibi olmayanların öz-bakım gücü puan ortalamasından(92.94±23.89) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0,05). Psikiyatrik rahatsızlığı olan annelerin, çocuklarının gereksinimlerini ön plana alarak kendi kontrol ve tedavilerini aksattıkları bazen de onların gereksinimlerini anladıkları halde bir şey yapamadıkları ve onları ihmal ettikleri bilinmektedir. Ancak bunun tersi olarak ebeveynliğin olumlu etkilerinin olduğu, anneliği benimsediklerinde tedaviye katılımlarının da arttığına dair fikirler de vardır (121). İkinci bulgu bu çalışma sonucunu destekler niteliktedir.

Çocuk sayısına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında; iki ve üstü çocuğa sahip bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının, bir çocuğa sahip bireylerinkinden yüksek olduğu bulunmuştur (p=0.028). İki ve üstü çocuğa sahip bireylerin büyük çoğunluğu aynı zamanda "bakıma muhtaç olmayan çocuğa sahip" grubundadır. Aradaki farkın bundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada bakıma muhtaç çocuğu olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının (103.83±9.96), bakıma muhtaç çocuğu olmayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasından (115.00±15.42) düşük bulunmuştur. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır. Özellikle beş yaşından küçük çocuğa sahip olmanın anksiyete ve depresyon gibi bazı ciddi psikiyatrik semptomları ortaya çıkardığı bilinmektedir (121).

Birlikte yaşadıkları kişilere ve aile tiplerine bakıldığında; bireylerin %90,3'ü çekirdek ailede, %61,3'ü de anne, baba veya kardeşlerden en az biriyle yaşamaktadır.

Evli bireylerden (n=8) yedisi eş ve çocuklarıyla yaşarken, bir birey eş ve aile büyükleriyle yaşamaktadır. Tekin(65), Özalmete(86), Uğurlu(109) ve Eryıldız (112)'in şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmalarda bireylerin büyük oranda anne, baba ve kardeşlerle yaşadıkları görülmektedir. Bu durumun bekârların yüzdesinin çokluğuyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Aile tipine göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark önemsiz bulunmakla birlikte çekirdek ailede yaşayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının (100.42±21.00), geniş ailede yaşayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasından (89.00±32.1) yüksek olduğu görülmektedir. Nart (107)'in çalışması bu bulguyu desteklemektedir. Ancak çoğu çalışmada aile tipinin öz-bakım gücünü etkilemediği saptanmıştır (108, 36, 96).

Birlikte yaşadığı kişilere göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamakla birlikte eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin öz-bakım gücü (113.28±15.15) gruba göre yüksek olarak bulunmuştur. Düzöz ve ark.(41)'nin çalışmasında ailesiyle birlikte yaşayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması yalnız yaşayan bireylerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrıca "evli olmanın bireyin öz-bakım gücü düzeyini anlamlı ölçüde yükselttiği" bulgusu, "eş ve çocuklarıyla yaşayanların öz-bakım gücünün de daha yüksek olduğu" bulgusunu açıklamaktadır.

Bu çalışmada bireylerin ortalama hastalık başlangıç yaşı 23.81±8.38 olarak bulunmuştur. Hastalık süresi 5 yıl ve altı olan bireyler, tüm grubun %29'unu, 6-14 yıl olan bireyler %38.7'sini, 15 yıl ve üstü olanlar 32.3'ünü oluşturmaktadır. Yıldız (12), şizofreni başlangıç yaşının erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaşlar arasında olduğunu belirtmiştir.

Hastalık süresi 5yıl ve altı olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması 98.77±25.73, 6-14yıl olanların 96.58±18.42, 15yıl üstü olanların 103.10±23.72 olarak bulunmuştur. Hastalık sürelerine göre aradaki fark önemsiz olmakla birlikte hastalığa en uzun süre maruz kalan grubun (15 yıl ve üstü) öz-bakım gücü puan ortalamasının diğer bireylere göre yüksek olduğu görülmüştür. Hastaneye yatış sayısına göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamakla birlikte bir kez yatan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması, iki ve daha fazla yatanlardan düşük olarak bulunmuştur. Çobanoğlu ve ark (122)'nin derlemesinde uzun süre hasta olma ve sık yatışın hastalarda iyileşmeye yönelik umudun tükenmesine ve tedavi girişimlerinin etkisiz olduğuna dair düşüncelere yol açtığı belirtilmiştir. Bu çalışmada ise tam tersi şekilde hastalık süresi uzunluğunun ve yatış sıklığının bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasına olumlu etkide bulunduğu düşünülmektedir. Bu durum, tekrar tekrar yaşanan alevlenmelerin bazı hastaların tedaviye bakışını ve tedavi uyumunu geliştirdiği yönünde yorumlanmaktadır (8).

Önceki yatışların il içi, il dışı olma durumuna göre bireylerin öz-bakım gücü puanları arasında anlamlı düzeyde bir fark saptanmamakla birlikte il dışı hastanelere de yatma gereksinimi duymuş olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğer

bireylere göre düşük bulunmuştur. Ülkemizde ruh sağlığı hastanelerindeki yatak sayısının azlığının bireylerin hastaneden erken taburcu edilmesine ve bu nedenle tekrarlı yatışlara yol açtığı belirtilmektedir (11). Bu çalışmada da bireylerin il dışı hastanelere de yatış yapmasının yatak azlığı ve doluluğuyla ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin %71'inin başka bir kronik hastalığı yokken %29'u Kronik Sistit, Astım, Hepatit B, Anemi, Hipotiroidi, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Hemoroid, Hipertiroid, Diyabet Hastalığı'na sahiptir. Bu bulgu Süğün (113)'ün çalışmasıyla başka kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin oranının yüksekliği açısından benzerdir. İlaç yan etkileri, fiziksel belirtilerin ihmal, uyum eksikliği gibi hastalığa bağlı nedenler, sigara kullanımı, kötü beslenme, alkol, sigara ve madde kullanımı, fiziksel aktivite ve hijyen eksikliği gibi yaşam tarzı davranışları ve çevresel etmenler nedeniyle şizofreni hastalarının fiziksel sağlığı bozulmaktadır. Psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığı ihmal edilen bir alandır. Serebro vasküler hastalıklar, miyokard enfarktüs, hipertansiyon, diyabetes mellitus, koroner arter hastalıkları kronik psikiyatri hastalarında görülen önemli sağlık sorunlarıdır (123).

Başka bir kronik hastalığa sahip bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması (109.78±16.11), başka kronik hastalığa sahip olmayanlardan (95.05±22.76) yüksek bulunmuştur (p>0.05). Aynı şekilde Bakoğlu ve ark. (105)'nin çalışmasında da başka kronik hastalık varlığı öz-bakım gücü düzeyini anlamlı düzeyde artırmıştır. Bununla ilgili genel kanı ise psikiyatri hastalarında fiziksel şikayetlerin psikosomatik olarak düşünüldüğü göz ardı edildiği ve fiziksel rahatsızlıkların hastalarda erken ölümlere yol açtığı şeklindedir. Psikiyatri hemşirelerinin, bireylere fiziksel hastalıklarla ilgili destek vermeyi (fiziksel aktivite vb.) vermeyi günlük ruh sağlığı bakımının bir parçası haline getirmeleri gerekmektedir (123).

Bireylerin %61.3'ünün ailesinde ruhsal hastalığı olan başka birey yoktur. Bu durumun ailenin hastaya dikkati ve ilgisinin başka yönlere bölünmeyeceği anlamına gelebileceğinden olumlu olduğu düşünülmektedir.

Ailesinde ruhsal hastalığa sahip birey bulunanların öz-bakım gücü puan ortalaması (89.00±26.54), ailesinde ruhsal hastalık olmayanlara göre (105.84±15.81) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (p<0,05). Ailede başka psikotik hastaların bulunmasının, hasta bireyde tedavi ile ilgili olumsuz düşüncelere yol açarak bireyin uyumsuzluğunu arttırdığı bilinmektedir (122). Bu uyumsuzluğun da bireyin öz-bakım gücünü azalttığı düşünülerek ailede ruhsal hastalığa sahip başka birey bulunanların öz-bakım gücünün daha düşük olduğu bulgusunu desteklediği söylenebilir. Bu çalışmadan farklı olarak Bakoğlu ve ark. (105)'in periton diyalizi yapılan hastaların öz-bakım gücünü değerlendirdikleri çalışmada da evde aynı hastalığa sahip birey bulunan hastaların öz-bakım gücü düzeyi istatistiksel olmasa da daha yüksek bulunmuştur.

Bireylerin taburculukta devam eden ilaç tedavilerine bakıldığında; %45.2'sinin tek antipsikotik ilaca ek olarak antipsikotik dışı ilaçlar kullandıkları, 38.7'sinin ise birden fazla antipsikotik ilaca ek olarak antipsikotik dışı ilaçlar

aldıkları belirlenmiştir. Çoklu antipsikotik kullanımının neredeyse yarı yarıya olduğu söylenebilir. Beş kişi ise ilaçlarının adını ve sayısını söyleyememiştir. Hatiloğlu ve ark. (87) ile Özalmete (86)'nin çalışmalarında da şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda çoklu antipsikotik kullanım oranı yüksek bulunmuştur. Hatiloğlu ve ark.(87)'nin araştırma bulguları çalışmayan, yatış sayısı fazla olan, hastalık ve ilaç kullanım süresi uzun olan hastalarda çoklu ilaç kullanım oranının yüksek olduğunu, çoklu ilaç kullanımı olan hastalarda da düzenli ilaç kullanım oranının düşük olduğunu göstermiştir. Hatiloğlu ve ark.(87)'nin çalışmasına benzer şekilde bu çalışmada da çalışmayan ve birden fazla yatışı olan bireyler çoğunluktadır ve çoklu antipsikotik kullanımı da önemli orandadır. Bu nedenlerle bu bireylerin de ilaç ve tedavi uyumunu sürdürmeme riski taşıdıkları düşünülmektedir.

Taburcu olduktan sonra kullandıkları ilaçlara göre bireylerin öz-bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak ilacının ismi ve sayısını söyleyemeyen bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının diğer bireylerden düşük olduğu görülmüştür. Grupta en yüksek öz-bakım gücü puan ortalamasının ise birden çok antipsikotik ilaç kullanan bireylere ait olduğu (104.50±12.13) bulunmuştur. Antipsikotik polifarmasi uygulamalarının tedaviye uyumu azalttığı ve yan etkileri artırdığı genel görüşüne karşın bazen de uzun süreli remisyonu sağlamada kullanıldığı bilinmektedir. Ayrıca antipsikotik polifarmasi hızlı bir semptomatik düzelme ile bireylerin yatış süresini kısaltarak taburculuğu hızlandırmaktadır (86). Bu çalışmada bireylerle taburculuğun erken döneminde görüşme yapıldığı için semptomlardaki gerileme öz-bakım gücünün yüksek oluşunun nedeni olarak düşünülmektedir. Aynı değerlendirmenin taburculuğun geç döneminde de yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

5.2. Şizofreni Tedavisi Almış Bireylerin Taburculuğun Erken Döneminde Bakım Gereksinimleri

Bu çalışmada şizofreni hastalığı olan bireylerin **benlik kavramı** boyutunda katılımcıların kendilerini en çok manevi özelliklerine göre tanımladıkları belirlenmiştir. En çok beğendikleri yönlerinde de ikinci sırada manevi özellikleri yer almaktadır. Yetişkin bireylerde dindarlık düzeyi yükseldikçe benlik saygısının arttığı yönünde bulgular literatürde mevcuttur (124, 125). Manevi inançların şizofreni hastalarının yaşamında önemli bir yere sahip olduğu, bireylerin yaşamına anlam ve amaç kattığı bilinmektedir (99,98). Buna göre; şizofreni hastalığı olan bireylerin yaşamında manevi yönün önemli bir yer kapladığı ve benlik kavramını besleyici bir yön olduğu düşünülmektedir. Bireylerin manevi yönleri ve inançlarıyla birlikte ele alınıp kabullenici bir tutumla yaklaşmanın bireylerin benlik saygısını yükselteceği düşünülmektedir.

Çalışmada bireylerin kendilerini tanımlamak için kullandıkları manevi ve zihinsel özelliklerin güçlü yönlerine işaret ettiği ve olumlu ifadelerden oluştuğu saptanmıştır. Bu durumun olumlu benlik algısına işaret ettiği düşünülmektedir. Literatürde olumlu benlik algısının bireylerin baş etmelerini güçlendirdiği; kişinin kendini nasıl algıladığının, ruhsal iyilik halinin ve toplumsal etkileşimin sürdürülmesinde önemli role sahip olduğu yer almaktadır (50, 126). Benlik algısının bu önemli işlevlerinden dolayı hemşirelerin benliğin ne olduğu ve nasıl işlediğiyle

ilgili teorik bir anlayışa sahip olması, hemşirelik uygulamalarında hangi teorilerin benlik kavramını gözleyip geliştirmeye yönelik rehberlik edeceğini bilmesi gerekmektedir (51). Peplau(20) ve Roy(53)'un hemşirelik modellerinde insan davranışının önemli bir bölümü olarak benlik kavramı yer almaktadır.

Katılımcıların kendilerini tanımlamada fiziksel özelliklerine diğer özelliklere göre çok sınırlı şekilde değindikleri belirlenmiştir. Şizofreni ve depresyon gibi ruhsal bozukluklar beden imajında bozukluklara yol açan durumlar olarak bilinmektedir (52). Şizofreni hastalarının bedenlerinin bazı bölümlerini daha küçük algıladıkları ve bedenlerinin değiştiğini düşündükleri yönünde araştırma bulguları literatürde mevcuttur. Bu durum şizofreni hastalığı olan bireylerin anksiyete düzeyinin artması ve grandiyöz sanrıların varlığıyla ilişkilendirilmiştir. Burada dış çevreden gelen uyaranlara karşı bireyin beden sınırlarını daraltması söz konusudur (127, 128). Kurt ve ark.(129) ve Tan ve Karabulutlu (130)'nun çalışmalarında beden imajı ve benlik saygısı değişkenleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Şizofreni hastalarında beden imajı rahatsızlığına hastalığın doğası gereği rastlanabildiği ve benlik saygısını yükseltmede beden algısı ve imajı önemli bir etkiye sahip olduğundan bu alanın değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Hemşire denetiminde yapılan öz-bakıma yönelik diş fırçalama, banyo yapma, traş olma gibi aktiviteler de kişinin beden imajını ve benlik saygısını olumlu etkileyecektir (52).

Bireylerin beğenmedikleri yönleri en fazla “duygusallık, inatçılık, kendine değer vermeme, fazla dürüstlük, acelecilik, fazla kırılabilirlik, fazla saf olduğunu düşünme, çabuk ağlama, her şeye kanıp herkese inanma, çok çabuk pes etme, neşesiz olma” gibi kişilik özellikleri olarak bulunmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğunun kendileriyle ilgili değiştirmeyi düşündükleri bir yönü olduğu ve bunların da; “çalışmak, ev sahibi olmak, tembellikten kurtulmak, konuşkan, girişken ve sosyal olmak” gibi hastalığın negatif belirtilerinin bireyde yarattığı bazı olumsuzlukları değiştirmekle ilgili olduğu belirlenmiştir. Beğenmedikleri ve değiştirmeyi düşündükleri yönlerinin şizofreninin bireyde yol açtığı davranış, duygulanım, algı ve bellek bozukluklarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (12). Bu alanlara yönelik bozukluklar giderildiği durumda bireylerin benlik algıları olumlu yönde değişecektir.

Problem çözme ve baş etme boyutunda bireylerin yüksek oranda “problemını konuşarak, düşünerek, çalışarak çözme” gibi işlevsel yaklaşımları olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.2). Uğurlu (109) ve Özcan ve ark. (63)'nin çalışmasında da şizofreni hastalarının çoğunun stresli bir olayla baş etmede en az bir baş etme yöntemi kullandıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada az bir oranla da olsa bireylerin problemini çözmeye “yalan söyleme, kavga etme, unutmama, oluruna bırakma, alkol alma” gibi etkisiz yöntemler kullandıkları görülmüştür (Tablo 4.3.2). Benzer şekilde Özcan ve ark.(63)'nin çalışmasında da şizofreni hastalarının başa çıkma davranışı olarak en fazla dini etkinliklerde bulunduğu, bunun dışında bilişsel kontrol, ilaç tedavisini doktora danışmadan uyarlamak, çevresindekilerle iletişimi arttırmak, müzik dinlemek, televizyon izlemek gibi pasif davranışçı yöntemler ve çay, sigara alkol gibi maddelerin kullanımı görülmektedir. Yani şizofreni hastalığı olan bireyler kendilerine göre çeşitli işlevsel veya işlevsel olmayan baş etme yöntemleri kullanmaktadır. Stresle etkili şekilde baş edememe yaşam kalitesini

olumsuz etkilemektedir (131). Bu nedenle bireylerin işlevsel olmayan baş etmelerinin yerine işlevsel olanları getirmede danışmanlığa ve yardıma gereksinimleri olduğu ayrıca sorun çözme terapisi ve benzeri hemşirelik müdahaleleriyle şizofreni hastalarının baş etme düzeylerinin güçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Akpınar ve Kelleci (132)'nin çalışmasında sorun çözme becerileri programına katılan şizofreni hastalarının sosyal işlevsellik ve onun alt grupları olan kişilerarası işlevsellik, boş zamanları değerlendirme, bağımsızlık-yetkinlik boyutlarının puanlarında anlamlı ölçüde artış olduğu saptanmıştır. Bu durumda hemşirelik uygulaması olarak etkili baş etmeler desteklenmeli, etkisiz olanların yerine etkili yöntemleri koymaları sağlanmalıdır (50)

Çalışmada problem ve güçlüklerini çözmede bireylerin büyük çoğunluğu eş ve aileden yardım istemektedir. Bunu akraba ve arkadaşlar ile sağlık kurumu ve çalışanları izlemektedir (Tablo 4.3.2). Bireylerin çoğunluğunun baş etmede aileden destek aldığı görülmektedir. Şizofreni tedavisinde hastanede kalış süresinin kısaltması ve sağaltımın daha çok kurumlar dışında sürdürülmeye çalışılmasıyla aileler birincil bakım verici konumuna gelmiştir (133). Bu nedenle aile baş etmesini güçlendirmenin ve aileyi bilinçlendirmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

Problem ve güçlükleri ile baş etmede bireylerin %29'u "hemşirelerden yardım, doktor ve hastane yardımı, aileden ev ve yemek işlerinde yardım, bilgi öğretmeleri, fikir sorma-danışma, hastalığı konusunda yardım, dışarı karşı koruma, problemini çözmeleri" gibi konularda yardıma ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Bireylerin bu alanlardaki aktiviteleri araçsal günlük yaşam aktiviteleri olarak adlandırılmaktadır. Bireylerin araçsal desteğe ihtiyacı azaldıkça ailenin bireye karşı eleştirel/düşmanca ve kollayıcı tutumu ve hastaya bakım verirken yaşadığı güçlükler de azalmaktadır. Bu durum hem hastanın hem bakım veren ailenin yaşam niteliğini geliştirmektedir (134). Çalışmada bireylerin %45.2'si; "anlayabilen birinin yardımı, huzur, yakınlarıyla paylaşım, Allah'dan yardım, manevi güç, saygı, ilgi, teselli, psikolojik destek" gibi duygusal yardıma ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Şizofreni hastalarının büyük çoğunluğunun duygusal desteğe ihtiyacı olduğu bulunmuştur. Duygusal destek; bireyi katlanılması zor durumlarda cesaretlendirerek direnme gücünün artmasına yardımcı olmaktadır. Kronik hastalıkların yarattığı sıkıntıların sürekliliği kronik hastalığa sahip bireyleri sosyal desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmektedir (135). Bireylerin %25,8'i ise yardıma ihtiyaç duyduğunu ancak yardım almadığını ve ne çeşit bir yardıma gereksinim duyduğunu bilmediğini belirtmiştir.

Araçsal desteğe yani; ev işlerinde, günlük bakımında, sağlığıyla ilgili konularda yardıma gereksinim duyan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğer bireylere göre düşük bulunmakla birlikte aradaki fark önemsiz olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.1). Ev işi ve günlük bakım ve sağlık konuları doğrudan öz-bakımı ilgilendiren alanlar olduğundan bu alanlarda yardıma gereksinim duyan bireylerin öz-bakım gücü düzeyinin düşük olması beklenmektedir.

Bilgi gereksinimi boyutunda; hastalığını nasıl tanımladığıyla ilgili olarak katılımcıların büyük çoğunluğu hastalığını “kötü, zor, şanssızlık, çaresizlik, sıkıntı yaşatan yıpratıcı bir hastalık” gibi duygusal ifadelerle açıklamıştır. Duygusal değişimlerin hastalık deneyimlerinin önemli bir parçası olduğu, bireylerin hastalıklarından psikolojik olarak etkilenerek duygusal tepkiler verdikleri bilinmektedir (68, 69). Çalışmada hastalığı, yaşadığı psikotik belirtileri anlatarak açıklayan ve duygusal ifadelerle açıklayan tüm katılımcıların hastalık algısının olumsuz olduğu görülmektedir.

Bireylerin çok az bir oranda hastalığının geçici ve iyi olacağı yönünde olumlu ifadelerde buldukları da görülmektedir. Magliano ve ark.(135)’nin çalışmasında da şizofreni hastalığı olan bireylerin %40’ı tekrar iyi olacaklarına inandıklarını ifade etmiştir. Hastalık süresi ile ilgili olarak ise bireylerin hastalığın kronik olduğunu kabul etmesinin onların hastalığa uyum gösterdiklerini ortaya koyduğu bilinmektedir (69). Hastalığın kronik değil de bu çalışmada olduğu gibi geçici olduğunu düşünmelerinin bireylerin hastalığı kabullenmediklerinin göstergesi olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca hastalığı geçici olarak algılamalarının hastalığa yönelik yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıklarının da bir işareti olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların hastalıkla ilgili bilgi gereksinimleri olup olmadığına bakıldığında büyük çoğunluğunun hastalıkla ilgili en az bir alanda bilgi gereksinimi olduğu bulunmuştur. Bunun da hastalığın özellikleri ve tedavisine yönelik olduğu görülmektedir. Katılımcıların hastalık sürelerine bakıldığında çoğunluğunun altı yıl ve üzeri bir süredir bu hastalığı yaşadıkları halde hala hastalıkla ilgili birçok alanda bilgi gereksinimlerinin olması şaşırtıcı bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Bu durum bireylerin hastalık ve tedavi süreciyle ilgili olarak sağlık personelinde yeterli düzeyde bilgi almadıklarını düşündürmektedir. Benzer şekilde Duran ve Gürhan (17)’in çalışmasında da psikiyatri hastaları kendilerine taburculuk eğitimi verilmediğini, hastalık ve tanı sürecine ilişkin bilgi almadıklarını ve bu nedenlerle kendilerini taburculuğa hazır hissetmediklerini belirtmiştir.

Taburculuk sonrası ne gibi bilgi gereksinimleri olduğuyla ilgili olarak katılımcılar büyük oranda ilaç kullanımı ve devam eden hastalık ve semptomlarıyla baş etme konusunda bilgi gereksinimi ifade etmiştir. Benzer şekilde Hatonen ve ark.(136)’nin çalışmasında da taburculuk sürecindeki bir grup psikiyatri hastasının en çok önemsedikleri eğitim alanları içinde ilaç etkileri ve yan etkilerinin büyük bir yüzdeye sahip olduğu, ancak hastanede yatış döneminde bu alanlara yönelik bilgi gereksinimlerinin çok düşük bir oranda karşılandığı bulunmuştur. Gümüş (137)’ün çalışmasında ise ayaktan tedavi gören şizofreni hastalarının sağlık eğitimine en fazla gereksinim duyduğu konular arasında endişe, gerginlik, yalnızlık, içe kapanma, düşünce kopukluğu gibi semptomlarla baş etme yer almaktadır. Çalışmamızda da taburculuk sonrasında bu alanlara yönelik bilgi gereksiniminin devam etmesi literatür bilgileri ile uyumludur.

Bireylerin büyük çoğunluğunun taburculuk sonrası ihtiyaç duyduğu bilgi gereksinimini sağlık kurumu ve sağlık çalışanlarından karşılamayı düşündüğü bulunmuştur. Bu durum bireylerin bilgi anlamında sağlık çalışanlarını otorite olarak

kabul ettiklerini göstermesi nedeniyle önemlidir. Yılmaz (71)'ın çalışmasında da bu bulguyu destekler şekilde şizofreni hastalığı olan bireylerin en çok doktor, hemşire ve psikolog gibi sağlık personelinden bilgi edindikleri bulunmuştur.

Özetle bu çalışmada katılımcıların hastalık ve taburculuk sonrası semptomlarla baş etmeyle ilgili bilgi gereksinimleri olduğu, hastalığı olumsuz algıladıkları görülmektedir. Bireyin hastalığına ilişkin algısı, ortaya çıkan davranışsal ve duygusal tepkileri, baş etme biçimini, psikiyatrik bozukluk gelişimini ve yaşam kalitesini belirleyen önemli bir unsurdur (69). Psikiyatri hastalarına verilen eğitimlerin yaşam kalitesini yükselttiği, relapsları önlediği, ailenin hastalığa ve hasta bireye olumsuz tepki ve tutumlarını değiştirdiği, hasta memnuniyetini arttırdığı, tedaviye uyumu sağladığı bilinmektedir (67). Bu yönleriyle hem hastalık algısı hem de bireylere verilecek hastalık bilgisinin birbiriyle ilişkili kavramlar olduğu ve ikisinin de şizofreni hastalığı olan bireylerin iyilik halinin sürdürülmesinde önemli bir role sahip olduğu söylenebilir. Psikiyatri hemşirelerinin bireyi ve aileyi taburculuğa hazırlamak için verdikleri eğitimler psikoeğitim alanındaki uygulamalara örnektir (67). Psikiyatri hemşirelerinin klinikten taburcu olma sırasında bireylere yeterli düzeyde danışmanlık sağlamasının ve ailelerin de dahil edildiği taburculuk eğitimleri düzenlemesinin şizofreni hastalarının taburculuk sonrası bilgi eksikliklerini karşılamada etkili olacağı düşünülmektedir.

Rol ve ilişkiler boyutunda; katılımcıların aile içi rollerde, eş ve çocukla, akraba ve arkadaşlarıyla ilişkisinde ve cinsel yaşamında hastalıktan olumsuz etkilenmeler olduğu bulunmuştur.

Bireylerin büyük çoğunluğu hastalık kaynaklı olarak aile içi çatışmalar yaşandığını; evli ve çocuğu olan bireylerin bir kısmı, eş ve çocuklarıyla hastalığın etkisiyle uzaklaşma ve ilişkilerde soğumanın olduğunu belirtmiştir. Şizofrenide aile ortamının taburculuk sonrası hastalığın alevlenmesi üzerine etkisi olduğu bilinmektedir. Ayrıca öz-bakım eksikliği gibi negatif belirtilerin aile içinde diğer belirtilere göre daha çok eleştiri ve çatışmaya yol açtığı belirtilmektedir (119, 138). Bireylerin öz-bakımlarını sürdürebilmeleri ve aile ortamının stabilitesinin korunmasının birbirini karşılıklı olarak etkileyen iki unsur olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın bulguları arasında, aile içi ilişkilerin bozulmasının yanında aile içi rollerin hastalıktan olumsuz etkilenmediğini hatta olumlu etkilendiğini ifade eden katılımcılar olduğu da görülmektedir. Gülseren (138)'in belirttiğine göre bu bulguya benzer şekilde bazı aileler tüm enerjilerini psikotik bireye yönelterek hayatlarında derin bir anlam bulabilmekte ve psikotik davranışlarla başa çıkmaya harcanan yoğun çaba aile bireylerini bir arada tutan güçlü bir bağa dönüştürebilmektedir.

Şizofrenide hastalığın erken yaşta başlaması ve sık hastane yatışlarının olmasının bireylerin evlilik oranlarını sağlıklı bireylere göre düşürdüğü bilinmektedir (121). Bu çalışmada da eşyle ilişkilerinin etkilendiğini söyleyen bireylerden biri; "bekârken hastalığını söylemediği için eşinin evlendikten sonra kendisini suçladığını" ifade etmiştir. Loganathan ve Murthy (139)'nin çalışmasında da şizofreni hastalığı olan bireyler eşlerinden hastalıklarını gizlediklerini, hastalıkları

öğrenildiğinde evliliklerinin boşanmayla sonuçlandığını, sağlıklı insanlar onları dışladığı için ancak kendileri gibi ruh hastalığına sahip bireylerle ya da kendilerinden çok yaşlı bireylerle evlenebileceklerini ifade etmiştir.

Bu çalışmada eşle ilişkilerin etkilenme durumuna göre öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında istatistiksel düzeyde bir fark olmasa da eşle ilişkisinin etkilenmediğini ifade eden bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması, etkilendiğini ifade eden bireylerinkinden yüksek bulunmuştur. Evlilik; bireylere cinsel doyum ve rahatlık hissinin yanında birçok açıdan güvenlik hissi yaşatan, kişiler arası uyum yeteneği ve sorumluluk duygusu kazandıran kişiler arası bir davranıştır (121). Buna göre; yaşamdaki bu olumlu etkileri aracılığıyla evliliğin bireyin öz-bakım gücü düzeyini yükseltebileceği söylenebilir. Kekeç ve ark.(140)'nın çalışmasında da eşle geçimsizliğin ve kişiler arası problemlerin öz-kıyım girişimlerini tetikleyen temel etkenler olduğu belirtilmiştir. Toplumsal yaşamda zaten birçok zorlukla karşılaşan şizofreni hastaları için mutsuz bir evlilik yaşantısının, onların stres düzeyini arttıracak bir faktör olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle hasta bireyin yanı sıra eş ve ailelerin de baş etme düzeylerinin değerlendirilip geliştirilmesi hemşirelerin aileyi koruma ve sürdürme sorumluluklarının bir gereğidir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu çocuklarıyla ilişkisinin hastalıktan etkilenmediğini ifade ederken bir kısmı da olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Kronik şizofreni hastalığına sahip kadınların duygularında körelme, dağınık davranışlar ve düşük motivasyon sebebiyle anne-çocuk ilişkilerinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Küçük çocukları olan ve ya birden çok çocuğa bakım veren annelerde psikiyatrik rahatsızlıkların daha fazla görüldüğü, hatta beş yaşından küçük çocuğa sahip olmanın anksiyete ve depresyon gibi ciddi psikiyatrik semptomların ortaya çıkma riskini arttırdığı bilinmektedir (121). Buna göre çocuk sahibi olmak tek başına bile ruhsal açıdan yük ve stres sebebiyle mevcut psikiyatrik rahatsızlığa sahip bireylerde normalden daha fazla olumsuzluğa yol açabileceği düşünülmektedir. Ancak bu çalışmada tam tersi şekilde çocuklarla ilişkilerinin etkilenmediğini belirten bireylerin çoğunlukta olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çocuklarıyla ilişkilerinin etkilenme durumuyla öz-bakım gücü puan ortalaması arasındaki ilişkiye bakıldığında; aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olmakla birlikte çocuğuyla ilişkilerinin etkilenmediğini söyleyen bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha düşük bulunmuştur. Bu durum eşle ilişki ve bakıma muhtaç çocuk sahibi olma açısından değerlendirildiğinde de mantıksal bir ilişki kurulamamıştır.

Katılımcılar, akrabalarıyla ilişkileri ile ilgili olarak hastalığını bildikleri durumda bile iyi ilişkiler kurduklarının yanı sıra, hastalığından dolayı ondan uzaklaştıkları ve hastalığından hiç haberdar olmadıkları gibi durumlar ifade etmişlerdir. Bireylerin yakın çevresindeki kişiler ve onlarla kurduğu ilişkiler bireyin dış dünyasını oluşturur ve bireyin dış dünyası ile iç dünyası arasındaki uyum da yaşam niteliğini belirler (141). Bu yönleriyle akraba ve arkadaşlarla ilişkileri de bireyin sosyal ilişkilerinin ve yaşam kalitesinin önemli bir bileşenidir.

Katılımcıların akrabalarıyla ilişkilerinin hastalıktan etkilenme durumuna göre öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte hastalığından dolayı akrabalarının uzaklaştığını ifade eden bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğerlerine göre düşük olarak bulunmuştur. Bu durum; bireylerin aile dışında bir sosyal destek bulamamalarının olumsuz etkisiyle ilişkilendirilebilir.

Katılımcıların arkadaşlık ilişkilerine bakıldığında; hastalığın arkadaşlık ilişkilerini olumsuz etkilemediği aksine hastane çevresinde yeni arkadaşlıklar edindiğini ifade eden bireyler olmuştur. Bunun yanı sıra arkadaşlarının kendisinden uzaklaştığı ve zaten hiç arkadaşı olmadığı yönünde ifadeler de rastlanmıştır. Şizofreni hastalarındaki toplumsal çekilme, içe kapanma, ilgi ve istek azlığı, duygulanımda azalma gibi negatif belirtilerin bireylerin yalnız kalmayı tercih etmeleri gibi bir izlenim yarattığı bilinmektedir (66). Bu durum da bireylerin kişiler arası ilişkilerine olumsuz yansımaktadır.

Bireylerin arkadaşlarıyla ilişkilerinin etkilenme durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında; arkadaşı olmayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması en düşük, "ilişkimiz etkilendi ve benden uzaklaştılar" diyen bireylerin ikinci sırada, "etkilenmedi" diyen bireylerin üçüncü sırada, yeni arkadaşlıklar edinen bireylerin ise en yüksek olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlam ifade etmese de klinik olarak anlamlı olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde korumalı evlerde kalan şizofreni hastalarının kendi evlerinde kalan bireylere göre kişiler arası ilişkilerinin ve bununla bağlantılı olarak da yaşam niteliklerinin daha iyi olduğu belirtilmektedir (14). Bu çalışmada da yeni arkadaşlıklar edinen bireylerin öz-bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğu bulgusu sosyal desteğin önemini gösterir niteliktedir.

Katılımcıların yarısı cinsel yaşamlarının hastalıktan olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Hastalığın cinselliği etkilediğini ifade eden bireylerin yaşadıkları sorunlar; "isteksizlik, erken boşalma, tiksinti, bıkkınlık" şeklindedir. İki birey ise ilgisiz ve sanrısız yanıt vermiştir. Doğu ve ark.(76)'nın çalışmasında da benzer şekilde şizofreni hastası kadınların %52.4'ü ve erkeklerin %38.6'sı cinsel yaşamlarında bir sorun olduğunu belirtmiştir. Ayrıca hastaların büyük çoğunluğu cinsel sorunlarının hastalıkla ilgili olduğunu düşünmekte ancak hastalıklarının veya kullandıkları ilaçların cinsel yaşamları üzerindeki etkilerinin ne olduğunu bilmemektedirler. Buna göre bireylerin bilgi eksikliğinin bu alandaki sorunları gidermek adına bir çaba göstermelerine engel olacağı ve zaten toplumsal açıdan çok fazla konuşulmayan bu konunun üstünün örtülebileceği düşünülmektedir.

Bireylerin cinsel yaşamlarının hastalıktan etkilenme durumuna göre öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında aradaki fark önemsiz olmakla birlikte cinsel yaşamının hastalıktan etkilenmediğini ifade eden bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Doğu ve ark. (76)'nın belirttiğine göre cinsel işlev bozuklukları hem yaşam kalitesini düşürmekte hem de ilaç uyumsuzluğuna neden olmaktadır. Bu etkileriyle de cinsel yaşamdaki bozulmaların bireylerin öz-bakım gücü üzerinde olumsuz etkiye yol açabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak şizofreni hastalığı olan bireylerin aile içi roller ve yakın ilişkiler boyutunda belli düzeylerde olumlu veya olumsuz etkilenmeler yaşadıkları görülmüştür. Aileler, hasta bireylerin yaşamındaki tutarlı ve değişmeyen tek faktördür. Destek, eğitim, baş etme becerileri ve sosyal bağlantıları geliştirmeye yönelik aile müdahaleleri, özellikle aileden aileye destek programları psikiyatri hemşirelerinin sorumlulukları dahilindedir (92).

Güvenli Çevre Boyutunda; bireylerin büyük çoğunluğu yaşadığı ortamda kendini güvende hissettiğini belirtirken, öldürüleceğini düşünme, her şeye karşı şüphe duyma, hastaneye zorla yatırılma korkusu gibi nedenlerle kendini güvende hissetmediğini belirten bireyler de olmuştur. Benzer şekilde Özen ve ark. (79)'nın çalışmasında da bir grup şizofreni hastasında sanrı türleri ve korku içerikleri araştırılmış bireylerin büyük oranda kötülük görme, zehirlenme ve izlenme sanrıları yaşadıkları, haklarında olumsuz şeyler düşünüldüğüne ve konuşulduğuna dair alınma sanrılarının olduğu görülmüştür. Hastalığın doğasından kaynaklanan bu durumların bireylerde güvenlik hissine olan gereksinimi arttırdığı düşünülmektedir.

Kendilerini güvende hissetme durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olmakla birlikte kendini güvende hissetmeyen bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Kendini güvende hissetmeyen bireylerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu bulunmuştur. Çalışmada aynı zamanda kadınların öz-bakım gücü erkeklerden yüksek olduğu için güvende hissetmeyen grupla ilgili farkın kadın cinsiyetten kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların kendilerini güvende hissetmek için yaptıkları uygulamalar açısından öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında aradaki fark önemsiz olmakla birlikte iletişimsel ve zihinsel olarak rahatlamaya çalışan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Tek tek bireylerin verdiği yanıtlar incelendiğinde kendini güvende hisseden bireylerin çoğunlukla kendi kendine iletişimsel ve zihinsel olarak rahatlama yöntemlerini kullandıkları; güvende hissetmeyen bireylerin ise güvende hissetmek için hiçbir şey yapmadıkları görülmüştür. Bu durumun da kendi çabası ile güvende hissetmeye ulaşan bireylerin öz-bakım gücü düzeylerinin diğerlerinden daha yüksek olması bulgusunu desteklediği düşünülmektedir.

Kişinin güvenlik gereksinimi genel olarak; korunma, anksiyete, korku ve kaostan uzak olma, yasalar, düzen ve belli sınırlara sahip olma gereksinimi şeklinde olmaktadır. Şizofreni hastalarında bunlara ek olarak sanrısız düşüncelerin varlığı da dikkate alınmalı ve bireylere klinik ortam koşullarına yakın, stabil ve koruyucu bir çevre sağlanmasına dikkat edilmelidir. Bakımın hastaneden topluma yer değiştirmesi nedeniyle terapötik ortam sağlama konusunda hemşirelerin sorumlulukları da genişlemiştir. Toplum ruh sağlığı anlayışı içinde bireylerin gündüz hastaneleri gibi yarı zamanlı günlük tedavi programlarına dahil edilmeleri de bireylere sosyal ve mesleki becerilerini geliştirme fırsatları sunan güvenli bir ortam sağlayacaktır (92).

Tedaviye uyum boyutunda; katılımcıların yaklaşık %90'ı ilaçlarını doktorun önerdiği şekilde kullanabildiğini belirtmiştir (Tablo 4.3.6). Katılımcıların tamamına yakını ilaç kullanmaktadır. Ancak bulgular yalnızca bireylerin öz-bildirimlerine dayalı olduğu için bireylerin yeniden hastaneye yatırılma korkusu yaşayabildikleri için bu yanıtı vermiş olabileceklerinin bir olasılık olarak göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir. Çünkü bireyler bilgi gereksinimi boyutunda ilaç ve tedaviye yönelik bilgi eksikliği ve ilaçlara bağlı birçok yan etki de dile getirmişlerdir. Bilindiği gibi şizofrenide hem hastalığın doğasından kaynaklanan iç görü eksikliği hem tedavinin karmaşıklığı hem de bilgi eksikliği gibi birçok etken tedavinin sürekliliğini engellemektedir. Benzer şekilde Kelleci ve ark. (7)'nin çalışmasında da şizofreni hastalarının ilaçların gerekli olmadığını düşündüğü, ilaçlarının adını, dozunu ve kullanılma amacını bilmediği, ilaçların bağımlılık yapacağını düşündüğü, taburcu olduktan sonra ilaç kullanmayı düşünmediği, ilaçların ne kadar süre kullanılması gerektiğini bilmediği belirlenmiştir. Ayrıca taburculuktan bir ay sonraki ve altı ay sonraki telefonla izlemde ilaçlarını düzenli kullandığını ifade eden bireylerin oranı ilkinde göre yarıya düşmüştür. Şizofreni hastalarının tedavi uyumlarının kötü olduğunu gösteren örneklere (83, 81) rağmen bu çalışmada ilaçların düzenli kullanımının yüksek oranda çıkması araştırma verilerinin taburculuğun erken dönemi olan ikinci hafta içinde toplanmasına bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da ilaçları düzenli kullandığını belirten bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.4). Sürekli kullanıldığı durumda ilaç tedavisinin, hastalık belirtilerini kontrol altına alarak remisyonu sağlaması (9) açısından öz-bakım gücünü de yükselteceği düşünülmektedir.

Çalışma grubunun yarısından fazlasının ilaç kullanmayla ilgili bir sorun yaşadığı, bulunmuştur (Tablo 4.3.6). Bir kısmı sorununun "uyku hali, yorgunluk, stres, intihara meyil, sesler duyma ağızdan salya akması, hareketlilik, istem dışı hareketler ve kasılmalar, gözlerde kayma, iştah ve kiloda artış, duymada ve görmede bozulma" gibi yan etkilerle alakalı olduğunu belirtmiştir. Dilbaz (9)'ın belirttiğine göre fark edilir yan etki gösteren şizofreni hastalarının büyük kısmı ilaç dozlarını atlama eğilimi göstermektedir. Özellikle akatizi, akinezi ve cinsel işlev bozuklukları bireylerin tedaviden kopmasına neden olmaktadır (12). Bu nedenle şizofreni hastalarında yan etki kontrolünün tedavinin sürekliliğinde önem taşıdığı düşünülmektedir. Sorun yaşayan katılımcıların kalanının ilacın saatini atlama, unutma, yakınının içirmesi gibi ilacın uygun kullanımıyla ilgili sorun yaşadıkları bulunmuştur. Tel ve ark.(142)'in çalışmasında tedavi uyumuyla ilgili hasta yakınlarının gözlemlerine başvurulmuş ve hastaların ilaç yan etkisi ve ilaç almayı unutma gibi nedenlerle ilaçlarını düzenli kullanmadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada bipolar ve depresyon tanılı hastalarla karşılaştırıldığında şizofreni hastalarının daha fazla oranda tedaviyi bıraktıkları belirlenmiştir.

Buna göre; ilaç kullanımıyla ilgili sorunlar giderilmediği takdirde bireylerin tedaviyi bırakma yolunu seçebilecekleri düşünülmektedir. İlaç kullanımıyla semptomlar gerileyeceği ve kısmi iyileşme sonucu bireyler ilaç almayı

bırakabilecekleri için de taburculuk sonrası izlemlerin geç dönemde de devam ettirilmesi, düzenli ve sık aralarla yapılmasının tedavi sürekliliğini sağlamada önemli bir uygulama olacağı düşünülmektedir.

İlaç kullanırken karşılaştıkları sorunlara göre öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ilaç yan etkileri konusunda sorun yaşayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması, “ilacın saatini atlayan, içmeyi unutan” bireylere göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.4.). İlaç kullanırken karşılaştıkları sorunları çözmeye bireylerin üçte biri hiç bir şey yapmadığını, üçte biri kendi yöntemleriyle çabaladığını, kalan üçte biri ise doktora danıştığını belirtmiştir (Tablo 4.3.6). Kendi yöntemleri; “diyetini düzenleme, kahve içme, hareketi artırma, araştırıp bilgilenme, bol su içme, soda ve tuzlu su içme, yakınlarından yardım alma” şeklindedir. İlaç kullanırken karşılaştıkları sorunları çözme durumlarına göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında aradaki fark önemsiz olmakla birlikte doktora danışan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.4.). Tedavi ekibiyle kurulan sürekli, tutarlı ve terapötik ilişkinin şizofrenide tedavi uyumunu arttırdığı bilinmektedir (9).

Katılımcıların yarıya yakını tedavide doktor önerisi dışında kendi yöntemleri ve çevresel desteği kullanmaktadır (Tablo 4.3.6.). Kendi yöntemleri; “müzik dinleme, film izleme, güldüren şeyler izleme, kurslara gitme, yoga yapma, gezme, kitap okuma, iş arama, kafasını yormamaya yorulmamaya çalışma, bir kağıda “kasılmaları olmayacak” diye yazma, düşüncelerini durdurmak için boğazını ipe sıkıştırma ve hocaya gitme” şeklindedir. Bunların çoğu boş zaman aktiviteleri ve meşguliyet amaçlı olmakla birlikte iki birey kendine zarar vermeye çalışma ve hocaya gitme gibi etkisiz yöntemler dile getirmiştir. Özcan ve ark. (63)’nın çalışmasında da tedavi ekibinin önerdikleri dışında şizofreni hastalarının hastalıklarıyla başa çıkabilmek için geliştirdikleri mekanizmalar araştırılmış ve bu çalışmayla da benzer şekilde bireylerin radyo dinlemek, televizyon izlemek gibi pasif davranışçı yöntemlerle yürümek ve dolaşmak gibi çevre değiştirmeyi amaç edinen yöntemler kullandıkları, hepsinin bir kez din hocasına da başvurduğu ve dini etkinliklerin başa çıkmada önemli bir yer tuttuğu bulunmuştur.

Tedavileri için doktor önerisi dışında kendi kendine rahatlama yöntemleri kullanan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması gruba göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.4.). Bu durum, potansiyelini kullanma yönündeki çabanın bir yansıması olarak düşünülmüştür. Psikiyatri hemşireliği uygulamaları arasında bireyin baş etme gücünü geliştirmede, var olan potansiyeli kullanmaya yönlendirme önemli bir ilkedir.

Katılımcıların yaklaşık %80’i tedavi ve bakımda ailesinden olumlu destek aldığını belirtmiştir (Tablo 4.3.6). Olumlu destek aldığını belirten bireyler özellikle “yeme, içme maddi yardım, yapamadığı işlerde yardım, banyosunu yaptırma, evini düzenleme” şeklinde öz-bakım aktivitelerini gerçekleştirme konusunda destek aldıklarını, daha az bir oranda da “ilaçlarını hatırlatma, hastaneye götürme, hastalığını anlayıp bireye açıklamaya çalışma” gibi tedaviyi sürdürmede destek aldıklarını belirtmiştir. Şizofreni hastalarının dörtte birinin uyumsuz ve sürekli yardıma gereksinim duyduğu ve poliklinik ve hastane tedavisinin bu bireyler için

yeterli olmayacağı bilinen bir gerçektir. Bu nedenle aileyi tedavi sürecine dahil eden ve toplumsal ağları kullanan girişimlerin şizofreni de etkin olacağı bilinmektedir (9). Bu çalışmada da katılımcıların yüksek oranda ailelerinden yardım ve destek aldıklarını belirtmelerinin onların toplumsal yaşayışlarını iyi bir şekilde sürdürmelerini açısından umut veren bir bulgu olduğu düşünülmektedir.

Aileden olumlu destek almanın yanı sıra bireylerin az bir oranda da olsa “ailenin kızıp, bağırması, vurması, suçlaması, ısrarcı tavırları” şeklinde olumsuz tutum bildirimleri de olmuştur (Tablo 4.3.6.). Benzer şekilde Özbaş ve ark. (143)’nin çalışmasında ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin ruhsal hastalıklara karşı orta düzeyin üzerinde olumsuz görüş ve tutum sergiledikleri bulunmuştur. Zayıf sosyal destek ve aile desteği tedaviye uyumu olumsuz etkilemektedir. Şizofreni hastalarının büyük bir kısmı yardımla tedavisini sürdürmektedir. Aile desteği tedaviye uyumu bozan tüm faktörlere müdahale etmede kullanılacak önemli bir kaynaktır (9). Sıklıkla eleştirel ve aşırı kollayıcı tutum şeklinde kendini gösteren aile içi yüksek duygu ifadesi psikoeğitim yoluyla düzeltilmektedir. Aksi durumda ailenin yüksek duygu ifadesi şizofreni prognozunu daha kötüye döndürmektedir (8). Yıldırım ve Ekinci (144)’nin çalışmasında hasta ailelerine verilen ruhsal eğitim ve altı aylık izleme çalışmasının şizofreni hasta ailelerinin sağlıklı aile işlevleri geliştirme davranışları, hastaların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ve ilaç tedavisine uyum düzeyleri üzerinde önemli etkisinin olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların yaklaşık olarak yarısı tedavi ve bakımlarında aileleri dışında başka birilerinden destek almadıklarını belirtmiştir. Aileleri dışında birilerinden destek alanlar ise az bir oranda sırasıyla akraba, arkadaş, doktor ve hemşirelerden yardım aldıklarını belirtmiştir (Tablo 4.3.6). Singapur ve Çin’deki şizofreni hastalarının sosyal destek kaynaklarının karşılaştırıldığı bir çalışmada her iki ülke de kolektivist kültür özelliklerine sahip, bireyden çok toplumcu ve aile ilişkilerini önemseyen toplumlar olduğu halde; Singapurlu şizofreni hastalarının ruh sağlığı profesyonellerinden, Çinli şizofreni hastalarının ise ailelerinden daha çok destek aldıkları bulunmuştur. İki ülke arasındaki fark ise Çin’de yetersiz ve sınırlı psikiyatrik hizmetler bulunuyorken, Singapur’da çok gelişmiş psikiyatrik hizmetler olmasıdır (145). Buna göre; bu çalışmada bireylerin çoğunluğunun tedavi ve bakımda en çok ailesinden destek almasının içinde yaşadıkları toplumun psikiyatrik hizmetlerinin çok gelişmiş olmaması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin tedavi ve bakımda ailelerinden aldıkları desteğe göre öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız olmakla birlikte “destek alamıyorum” diyen bireylerin ortalaması, diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.4). Kendi içinde çelişkili gibi görünse de bu durumun sorunlarıyla baş başa kalan bireyin baş etmelerinin güçlendiği şeklinde olduğu düşünülmektedir.

Özetle; bireylerin aslında tedavi ve yan etkilerine karşı kendi kendilerine bir takım baş etme yolları kullandıkları, ancak bunların daha çok pasif davranışçı yöntemler olduğu görülmüştür. Bireylerin temel destek sistemi ailedir. Bireylerin ailenin tutumuyla ilgili algıları olumludur. Bu nedenle tedavide aile katılımı, aile

eğitimi ve danışmanlığının kaçınlmaz şekilde 6nem kazandığı g6r6lmektedir. Bu alanda psikiyatri hemşiresinin temel sorumlulukları bireye inatçı belirtilerle yaşamayı 6đretmek, alevlenmelere karşı donanımlı olmayı sağlamak, yan etki y6netimini 6đretmektir. Yalnızca araştırma d6zeyinde kalan telefonla izlemin (7) geliştirilerek uygulamada sık kullanılması da şizofreni hastalarının tedaviye uyumunu olumlu y6nde etkileyeceği d6ř6n6lmektedir (26).

Kendine bakım boyutunda; bireylerin %83,9'u kendi g6nl6k bakımını yapabildiğini belirtmiştir. Buna karşın bireylerin yaklaşık yarısı g6nl6k bakımını yaparken en az bir sorunla karşılaşmaktadır. Bu sorunların b6y6k bir b6l6m6n6 isteksizlik ve yorgunluk oluştururken, bir b6l6m6n6 de hastalık semptomlarıyla baş edememe oluşturmaktadır. S6z6 edilen semptomların daha 6ok hastalığa 6zg6 takıntılı d6ř6nceler yani pozitif semptomlar olduğu g6r6lmektedir. Yani bireyler b6y6k bir oranda negatif belirtiler nedeniyle, az bir oranda da pozitif belirtiler nedeniyle g6nl6k bakımını yapmakta zorlanmaktadır. Yaşadığı sorunları 66zmede bu bireylerin az bir b6l6m6 yardım alırken b6y6k 6oğunluğu kendi kendine baş etmeye 6alışmakta ancak etkili olamamaktadır (Tablo 4.3.19). G6nl6k bakım; g6nl6k yaşam aktiviteleri de denilen, yeme-i6me, y6r6me, giyinme/soyunma, banyo yapma, boşaltım gereksinimini karşılama, telefon kullanma, yemek hazırlama, alışveriş yapma, g6nl6k ev işlerini yapma, ulaşım aracına binebilme, ila6ları kullanabilme ve para idaresi gibi aktiviteleri kendi başına yapabilmesi şeklinindedir (134).

şizofrenide hastalıkla birlikte mesleki, akademik ve toplumsal işlevsellikle ilgili alanlarda yeti yitimi olmaktadır. Tek başına, kendine yeter bir şekilde yaşayabilme, diğer insanlarla sağlıklı iletişim kurma, bireysel ve toplumsal yaşayabilme becerisi eksilen hastalar beceri eğitimine gereksinim duymaktadır. Birlikte yaşadığı insanların bu becerilerin gelişmesi i6in 6ok 6nemli katkıları olacağı i6in aile bireylerinin beceri eğitiminde yararlı olmaları i6in eğitilmeleri gerekmektedir (12).

Bir 6alışmada şizofreni hastalarının g6nl6k yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık d6zeyi arttıka bakım veren aile 6yesinin bakım y6k6n6n ve bireye karşı eleştirel ve d6şmancıl yaklaşımın azaldığı bulunmuştur. Bireylerin g6nl6k yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunu belirlemek i6in g6zleme dayalı araştırmalar yapılıp gereksinimlerin ger6ek6i bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir (146).

Uyku ve dinlenme boyutunda; taburculuktan sonra uyku d6zeniyle ilgili olarak; bireylerin yaklaşık %60'ı uyku durumunda değişim olduğunu ifade etmiştir. Bireylerin 6oğunluğu "ila6ların etkisiyle 6ok uyuduğu" ve "stres, korku ve hastalığın etkisiyle de rahatsız ve d6zensiz uyuduğu" y6n6nde şikayetler dile getirirken, bir grup birey de hastanedeki kurallar ve rutinler sayesinde uyku durumunun d6zene girdiği şeklinde olumlu bir değişim bildirmiştir (Tablo 4.3.20).

Yetkin ve ark. (90)'nın; tedavi almayan şizofreni hastalarının kontrol grubuna g6re uyku etkinliğinde ve toplam uyku s6resinde azalma, uykuya ge6iş s6resinde uzama, uyanıklık sayısında artma olduğunu saptadıkları 6alışma bulguları bu 6alışmayı desteklemektedir.

Uyku durumunu düzenlemek için bireylerin büyük bölümü (%47,6) herhangi bir şey yapmadığını, %19'u doktorun order ettiği ilaçların uyku etkisinin olduğunu, %38,1'i ise yürüyüş, günlük aktiviteler, yorulma, az yemek yeme, yoğurt yeme, kahve içme gibi ilaç dışı uygulamalar yaptıklarını ifade etmiştir (Tablo 4.3.20.). Baş etmeye çalışan birey yüzdesinin grubun geneline göre düşük olduğu görülmektedir. Bireylere taburculuk döneminde kendi kendine bir baş etme yöntemi olarak gevşeme tekniklerinin benimsetilmesi ve uyku hijyeni konusunda eğitim verilerek doğru alışkanlıkların kazandırılmasının uygun hemşirelik müdahaleleri olacaktır (83).

Manevi boyutta; katılımcıların büyük çoğunluğu sağlıklı olmayı; mutlu olmak, sağlıklı düşünmek ve iyi ilişkiler kurmak gibi ruhsal yönden iyi olma ile ilişkilendirmişlerdir. Sağlığı tanımlamayla ilgili diğer ifadeleri ise bedensel sağlığı ve kendine yetebilmeyi anlatan ifadelerdir. "Kişinin kendine yetebilmesi, gezebilmesi, sokağa çıkabilmesi, kendine güveni olması, kazancının yerinde olması" gibi kavramlar bireylerin kendi kendine yetebilmeyle ilgili sağlık tanımlamalarıdır.

Araz ve ark. (147)'nin sağlıklı yetişkin bireylerle yaptıkları çalışmada ise sağlık büyük oranda "ruhsal ve bedensel açıdan kendini iyi hissetmek" olarak tanımlanmıştır. Sağlıkla ilgili diğer tanımlamalar; "hasta olmamak, zevkli ve mutlu bir şekilde yaşamak, dinç olmak, toplumla uyumlu yaşamak" şeklindedir. Çalışma bulguları bu araştırmayla da benzerlik göstermektedir. Tanrıverdi ve ark. (148)'nin çalışmasında da bireyler sağlığı en çok "hasta olmama" olarak tanımlamıştır. Diğer bir tanımlama ise "günlük yaşam aktivitelerini yapabileme"dir. Sağlık tanımları açısından literatürle benzerlik olduğu görülmektedir.

Katılımcıların tamamı yaşamındaki en önemli kişilerin ailesi olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3.9). Bu bulgulara göre şizofreni hastalarının yaşamında ailelerinin ve aile desteğinin önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir. Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin çoğu aileleriyle yaşamakta ya da en azından aile üyeleriyle belirgin bir etkileşim içerisinde bulunmaktadırlar. Hastalar için en iyi yardımcıları da aile üyeleridir. Rehabilitasyon çalışmalarının içerisine ailenin dahil edilmesi hem aile üyelerinin sıkıntısını azaltmak hem de hastaların bağımsız ve toplumsal yaşama becerilerinin geliştirilmesinde onların katkısını almak bakımından çok önemli bir girişimdir. Süreğenleşmiş hastalıklarla başa çıkmada bireyin olduğu kadar yakın çevrenin de eğitime gereksinimi vardır. Hastalığı anlamak, hastalığın doğurduğu bireysel ve toplumsal sonuçları öğrenmek yakınların hastalarına karşı olan tavırlarında önemli değişikliklere neden olmaktadır (146).

Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğu boş zamanlarını ev içinde yapabileceği aktivitelerle geçirmektedir. Bir grup birey de çoğunlukla uyuduğunu ve hiç bir şey yapmadığını belirtmiştir (Tablo 4.3.9). Bu durum hastaların eğlence alanında yetersizlik olduğunu düşündürmektedir. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenlerin araştırıldığı bir çalışmada depresif belirtilerin ve negatif belirtilerin sosyal işlevsellik alt boyutları olan "sosyal geri çekilme" ve boş zamanları değerlendirme" alanları için birer yordayıcı etmen olduğu, şizofrenide bu ve benzeri belirleyici etmenlerin bulunmasının, sosyal işlevselliği sağlamada önemli olduğu bilinmektedir (149).

“Eğlence(Boş zamanları geçirme) aktivitesinde eksiklik” hemşirelik tanısı bu alandaki gereksinimlere yönelik hemşirelik girişimlerini kapsamaktadır. Bu alanda yapılan bazı uygulamalar örneklendirilecek olursa; ayaktan izlenen şizofreni hastalarına hemşireler tarafından verilen sorun çözme becerileri programının bireylerin sosyal işlevsellik düzeylerini ve boş zamanları değerlendirmelerini önemli ölçüde geliştirdiği gösterilmiştir (138). Bunun yanı sıra psikiyatri hastalarının rehabilitasyonunda fotoğrafların kullanımı kendini ifade etme, boş zamanı değerlendirme ve sosyalleşme aracı olarak öngörülmektedir (150).

Hastalığı nedeniyle dini ve manevi inanç ve uygulamalarının etkilenme durumuna bakıldığında bireylerin %61,3’ü olumsuz etkilenmediğini ve bunlar içinde iki birey de sıkıntı çeken insanları daha iyi anladığını, hoşgörü kazandığını, iyileşmek için sadaka verdiğini ifade etmiştir. Bireylerin %35,5’i; “namazdan soğuduğunu, idrar kaçırdığı için abdest alamadığını, Allah onu beş yıldır görmediği için inancının azaldığını, tanınmamak için camide değil evde namaz kıldığını, ibadetlerin aksadığını, hocaya götürmek isteyenlere güldüğünü, iyice dalıp gitmemek için dini şeylerden uzak durduğunu” ifade etmiştir. Hugulet ve ark. (99)’nın çalışmasında da benzer şekilde şizofreni hastalarının sosyal bütünleşmede ve ikili ilişkilerde zorluk yaşamaları nedeniyle grup aktivitelerinden çok bireysel dini aktiviteleri tercih ettikleri belirlenmiştir. Bireylerin %19,4’ü ise; “yalnızlık istediğini, kimseyle ilgilenemediğini, yalnızca kendisiyle ilgilendiğini, onunla görüşmek istemedikleri için insanlara olan sevgisinin azaldığını, insanların ona çaresiz bir hasta gibi davrandıkları için onlara sevgisinin azaldığını” ifade etmişlerdir (Tablo 4.3.24.).

Araştırma bulgularına göre bireylerin yarıya yakınının dini ve manevi inanç boyutunda hastalıktan olumsuz etkilenme olduğu, bireylerin insanlardan ve dinden soğuduğu görülmektedir. Maneviyat ve dini inançlar hastaların kendilerine bakış açıları ve başkalarıyla etkileşimleri üzerinde pozitif etki eden bir güçtür. Daha iyi sağlık durumuna ulaşma ile dini ve manevi inançlar arasında %60-80 oranında bir bağlantı bulunmaktadır (74). Bu nedenle daha iyi ruhsal iyi oluş için bireyin manevi gereksinimlerinin karşılanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Manevi alandaki gereksinimlere yönelik hemşirelik müdahalelerini içeren hemşirelik tanıları; “spiritüel distres/riski, spiritüel iyilik halini güçlendirmeye hazır oluş” tur. Bireyin sağlığı için zararlı olmayacak manevi inançları ve dini aktivitelerinin kabullenilmesi ve bunları uygulayabileceği koşulların sağlanması temel hemşirelik girişimlerindedir (50).

Toplumun ruhsal hastalığa bakışı ile ilgili olarak bireylerin %67,9’u; “dalga geçiliyor, iyi bakılmıyor, acınası zavallı görülüyor, eskiden kınıyorlardı şimdi çok sıradan bir şey oldu” ifadeleri kullanmışlardır. Bireylerin %32,1’i ise anlamaya yardım etmeye çalışıldığını ifade etmiştir (Tablo 4.3.25.). Toplumun ruhsal hastalığa bakış açısı algısına göre bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasına bakıldığında aradaki fark önemsiz olmakla birlikte dışlıyor ve acıyor diyen grubun öz-bakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.13).

Sağlık çalışanlarının psikiyatri hastalarına yönelik tutumları ile ilgili sistematik derlemede hekimler, hemşireler, ebeler, tıp fakültesi, hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu ve yükseköğretim öğrencilerinden toplanan verilerle; sağlık çalışanlarının son on yılda hala psikiyatri hastalarına dışlayıcı, reddedici ve kısıtlayıcı tutumlarını sürdürdüklerini göstermiştir. Bu anlamda sağlık çalışanlarının tutumları toplumun sahip olduğu tutumlardan farklı değildir. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalara yönelik tutumunu belirleyen en önemli etkenlerden biri, hastalık tanısıdır. Özellikle şizofreni hastalarına daha reddedici davranılmaktadır. Bunun da sebebi önceden kestirilemeyen davranışlar ve tehlikelilik düşünceleridir. Şizofreniye yönelik damgalama yalnızca eğitimle veya bilgi eksikliğiyle açıklanamayacak kadar karmaşık bir sosyal olgudur. Bu damgalayıcı yaklaşımlar hasta bireylerin psikiyatrik tedavi alma isteklerini kötü yönde etkilemekte ve bu bireyler hastalığı yönetme ve baş etme konularında yalnız kalmaktadır (151). Bu çalışmada dışlandığını düşünen bireylerin öz-bakım gücü düzeyinin daha yüksek olması bu bireylerin baş etmede yalnız kalmalarından dolayı daha mücadeleci oldukları şeklinde yorumlanmaktadır.

Gelecek planlarıyla ilgili olarak bireylerin büyük çoğunluğu(%61,3'ü) bir iş uğraşı edinme ve mal sahibi olma konularında planları olduğunu, %41,9'u aile kurma ve aile bütünlüğünü sürdürmeye yönelik planları olduğunu ifade etmiştir. Bir grup birey ise gelecek planı olmadığını ifade etmiştir(Tablo 4.3.26).

Olumlu gelecek yönelimine sahip bireyler gelecek konusunda iyimser ve umutludurlar. Olumlu gelecek beklentisine sahip bireylerin öznel iyi oluş düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (152). Geleceğe ilişkin planlar; planların sayısı, içeriği, zaman uzaklığı ve nedensellik bakımından değerlendirilir. Geleceğe dönük çok sayıda olumlu beklentiye sahip olmak; iyi olma hali, yüksek benlik saygısı ve baş etme yollarını kullanmayla ilişkilidir. Olumsuz ve değişken beklentiler ise düşük iyi olma hali ve umutsuzlukla ilişkilidir. Gelecek beklentisi başarıya ilişkin, ilişkisel, varoluşsal ve deneysel şekilde boyutlandırılabilir(142).

Çalışmamızda bireylerin gelecek planları büyük oranda başarıya ilişkindir. Diğer grubundaki “daha sağlıklı olmak”, “namaz kılmak”, “kimseyi kırmadan yaşamak”, “yaşlanmamak için elinden geleni yapmak” şeklindeki dört ifadenin ise birer varoluşsal beklenti olduğu düşünülmektedir. Bireylerin ifadelerinin çoğu olumlu gelecek beklentisi ifadesidir. Literatürde ağırlıklı olarak ergenlerin gelecek beklentilerini araştıran çalışmalara rastlanmıştır (152, 153, 154). Algın (155)'in çalışmasında şizofreni hastalarının umutsuzluk düzeyleri ile başa çıkma tutumlarından olan “plan yapma” alt boyutu arasında negatif bir bağlantı saptanmıştır. Bu çalışmada da az bir oranla da olsa “hiçbir gelecek planı olmadığını belirten bireyler” olduğu görülmektedir. Bu bireylerin umutsuz bireyler oldukları düşünülmektedir. Bu durumla ilgili “ümitsizlik” tanısı uygun hemşirelik müdahalelerini kapsamaktadır. Bireyin umutsuzluğuna müdahale ederken kısa vadede bireyin şimdiki zamanla ilgili iyimser duygular ifade etmesi, uzun vadede ise yaşamının anlam ve amacını bulması ve geleceğe ilişkin olumlu beklentiler ifade etmesi hedeflenmektedir (50).

Sonuç olarak; Şizofreni hastalığına sahip bireylerin taburculuk döneminde öz-bakımını ilgilendiren alanların birçoğunda gereksinimlerinin devam ettiği, öz-bakım güçlerini etkileyebilecek birçok faktör olduğu, bunların belirlenerek uygun müdahalelerle bireylerin toplumda desteklenmesi gerektiği dŐnlmektedir.

SONUÇLAR

Bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1. Çalışmaya katılan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması 99.32 ± 21.86 olarak bulunmuştur.
2. Bekâr olan, çocuk sahibi olmayan, tek çocuğa sahip olan, ailesinde ruhsal hastalığa sahip başka birey bulunanların öz-bakım gücü puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$).
3. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleki durum, çalışma durumu, maddi durum algısı, bakıma muhtaç çocuk sayısı, aile tipi, birlikte yaşadığı kişiler, hastalık süresi, başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu, hastaneye yatış sayısı, yatışların il içi ve il dışı olma durumu, devam eden ilaç tedavisi gibi değişkenler açısından bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.
4. Bireylerin büyük çoğunluğu (%41.9); kendini fiziksel, zihinsel ve sosyal özelliklerinden çok manevi özelliklerine göre tanımlamaktadır. En çok beğendikleri yönleri bilişsel-problem çözmeye ilişkin özellikleri; beğenmedikleri yönleri kişilik özellikleri; yarıya yakınının hayatlarında değiştirmeyi düşündüğü yönleri “daha aktif bir sosyal yaşam ve iş yaşamına sahip olmak” olarak bulunmuştur.
5. Bireylerin %32.3’ü problemlerini çözmede işlevsel olmayan yaklaşımlar kullanmakta, büyük çoğunluğu (%45.2) problemleriyle baş etmede duygusal yardıma ihtiyaç duymakta, %72.4’ü problemlerini çözmede eş ve ailesinden yardım almaktadır.
6. Bireylerin %58.1’i hastalığını “kötü, zor, şanssızlık, çaresizlik, sıkıntı yaşatan yıpratıcı bir hastalık” ifadeleriyle tanımlamakta, büyük çoğunluğu hastalığın oluşumu ve çözüm yöntemleriyle ilgili bilgi sahibi olmak istemekte, yarıya yakını taburculuk sonrası hem ilaç kullanımı hem de hastalık semptomlarıyla ilgili bilgiye ihtiyaç duymaktadır.
7. Bireylerin %61.3’ü hastalığın aile içindeki rollerini olumsuz etkilediğini; %58.3’ü eşiyle ilişkisinin hastalıktan olumsuz etkilendiğini, %41.7’si çocuklarıyla ilişkisinin hastalıktan olumsuz etkilendiğini; bir kısmı (%29) akrabalarıyla ilişkilerinin olumsuz etkilendiği belirtirken, bir kısmı (%12,9) akrabalarının hastalığını bilmediğini, %32,3’ü hastalığının arkadaşlarıyla ilişkisini olumsuz etkilediğini belirtirken, %22,6’sı arkadaşı olmadığını dile getirmiştir.

8. Bireylerin %50'si hastalığın cinsel yaşamını olumsuz etkilediğini belirtmiştir.
9. Bireylerin %38.7'si yaşadığı ortamda kendini güvende hissetmediğini, %64,5'i kendini güvende hissetmek için bir şey yapmadığını belirtmiştir.
10. Bireylerin %87.1'i ilaçlarını doktorun önerdiği şekilde kullanabildiğini, yaklaşık %70'i ilaç kullanırken en az bir sorun yaşadığını, bu sorunların ilacın kullanımı ve yan etkileri konusunda olduğunu belirtmiştir.
11. İlaç kullanırken karşılaştıkları sorunları çözmede bireylerin üçte biri hiç bir şey yapmadığını, üçte biri kendi yöntemleriyle çabaladığını, kalan üçte biri ise doktora danıştığını belirtmiştir. Bireylerin yarıya yakını tedavide doktor önerisi dışında kendi yöntemleri ve çevresel desteği kullandığını belirtmiştir. Bireylerin yaklaşık %80'i tedavi ve bakımda ailesinden olumlu destek aldığını, %51.6'sı tedavi ve bakımlarında aileleri dışında başka birilerinden destek almadıklarını belirtmiştir.
12. Bireylerin %83.9'u günlük bakımını kendisinin yapabildiğini, yaklaşık yarısı günlük bakımını yaparken isteksizlik, yorgunluk ve hastalık semptomlarıyla baş etme sorunlarından en az birini yaşadığını belirtmiştir. Günlük bakımını yaparken sorun yaşayan bireylerin %16.1'i birilerinden yardım alırken; %38.7'si ise "kendini zorladığını ancak bir şey yapamadığını" belirtmiştir.
13. Uyku alışkanlığıyla ilgili olarak bireylerin %25.8'i zor ve rahatsız bir uykuya sahip olduğunu, %12.9'u ise çok uyduğunu belirtmiştir. Bireyler uyku alışkanlığındaki olumsuz değişimleri ilaçlar, hastalığın etkileri, korku ve strese bağlarken; olumlu değişimi hastanedeki rutinlerle ilişkilendirmişlerdir. Uyku durumunu düzenlemek için bireylerin %38.1'i ilaç dışı uygulamalara başvururken, %19'u uykuyu artırıcı ilaçlardan faydalandığını belirtmiştir.
14. Bireylerin %66.7'si sağlığı ruhsal açıdan iyi olmak olarak tanımlamıştır. Bireylerin %67.9'u toplumun ruhsal hastalığı olan bireylere acıdığını ve onu dışladığını belirtmiştir. Bireylerin %35.5'i dini inancının hastalıktan olumsuz etkilendiği, %19.4'ü ise insanlardan soğuduğunu belirtmiştir. Bireylerin tamamının hayatlarındaki en değerli kişilerin aileleri olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %77.4'ü ev içinde yapabileceği aktivitelerle boş zamanını geçirdiğini, %19.4'ü ise hiç bir şey yapmadığını, genelde uyduğunu belirtmiştir.
15. Bireylerin %61.9'u gelecek planı olarak daha iyi iş ve kazanç sahibi olmak istediğini dile getirmiştir. Bireylerin %19.4'ü ise herhangi bir gelecek planı olmadığını belirtmiştir.
16. Bireylerin taburculuk sonrası bakım gereksinimlerine göre öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da klinik düzeyde anlamlı olabileceği düşünülen bulgular şu şekildedir.

16.a. Problem ve güçlüklerle baş etmede ihtiyaç duyduğu yardım şekline göre; araçsal desteğe ihtiyaç duyan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur.

16.b. Kişilerarası ilişkiler boyutunda; eşiyle ilişkilerinin hastalıktan olumsuz etkilendiğini belirten bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha düşük, akrabalarının, hastalığından dolayı kendisinden uzaklaştığını belirten bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha düşük, hastalığıyla birlikte yeni arkadaşlıklar edindiğini belirten bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha yüksek, arkadaşı olmadığını belirten bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha düşük olarak bulunmuştur.

16.c. Cinsel yaşamının hastalıktan etkilendiğini belirten bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması etkilenmeyenlere göre daha düşük bulunmuştur.

16.d. Yaşadığı ortamda kendini güvende hissetmeyen bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması hissedenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Kendini güvende hissetmek için iletişimsel ve zihinsel olarak rahatlamaya çalışan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

16.e. İlaçlarını doktorunun önerdiği gibi kullanan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması kullanmayanlara göre yüksektir. İlaçlarını kullanırken karşılaştığı sorunları çözmede; doktora danışan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğerlerine göre yüksektir. İlaçlarını kullanırken yan etki konusunda sorun yaşadığını belirten bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Hastalığın tedavisinde doktor önerisi dışında bir şey yapmayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha düşük, kendi kendine rahatlatma yöntemleri kullanan bireylerin daha yüksek olarak belirlenmiştir.

16.f. Tedavi ve bakımında ailesinden destek almadığını belirten bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

16.g. Günlük bakımını yaparken yorgunluk ve isteksizlik yaşayan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması daha düşük bulunmuştur.

16.h. Uyku alışkanlığında değişim durumuna göre zor ve rahatsız uyuduğunu belirten bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur. Uyku alışkanlığındaki değişimin nedenlerine göre ise değişimin nedeninin ilaçlar olduğunu belirten bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması gruba göre daha düşük bulunmuştur.

ÖNERİLER

1. Araştırmaya katılan bireylerin öz-bakım gücü orta düzeyde bulunduğundan bireylerin öz-bakım gücü düzeylerinin bir taburculuk kriteri olarak ele alınması ve taburculuk öncesinde değerlendirilmesi,
2. Bekâr olan, çocuğu olmayan ve ailesinde ruhsal hastalığa sahip başka birey bulunan şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü düzeylerinin diğerlerine göre düşük bulunması nedeniyle bunların risk grubu kapsamında ele alınması,
3. Bireylerin taburculuk döneminde bile hastalık semptomlarının devam etmesi ve öz-bakımı etkileyen manevi boyut, benlik kavramı, problem çözme ve baş etme, bilgi gereksinimi, uyku ve dinlenme, rol ve ilişkiler, tedavi ve bakım, güvenli çevre, kendine bakım boyutlarındaki gereksinimlerinin önemli bir kısmının varlığını koruması nedeniyle, psikiyatri kliniklerinde taburculuk aşamasında verilen taburculuk eğitimlerinin bu dokuz alt boyutu kapsamaması,
4. Bireylerin kendilerini en fazla manevi özelliklerine göre tanımlaması, beğendikleri yönlerinde de manevi özelliklerin ön plana çıkması nedeniyle, yatış ve taburculuk döneminde manevi boyutun göz önünde bulundurulması,
5. Taburculukta devam eden hastalık, semptomlar ve ilaç kullanımı ile ilgili bilgi eksikliklerini en aza indirmek amacıyla düzenli psiko eğitimler verilmesi,
6. Bireylerin çevresindeki kişilerle ilişkilerinin olumsuz etkilendiği belirlendiğinden, iletişim becerilerinin güçlendirilmesi,
7. Uykusu düzenli olan bireylerin bu alışkanlığı hastanede kazandığı belirlendiğinden, yatış sırasında düzenli uyku alışkanlığının kazandırılması ve uykunun düzenlenmesi,
8. Bireylerin ev ortamı ve sosyal ortamda kendini güvende hissetmeye ilişkin sorunların varlığı saptandığından, güvenlik konusunda bireyin kendini ifade etmesinin sağlanması ve aile ile iş birliği yapılması,
9. Bireylerin taburcu olduktan sonra yaşadıkları sıkıntıları azaltmaya veya ortadan kaldırmaya yönelik olarak henüz sınırlı sayıda ve araştırma aşamasında kalan telefonla danışmanlık ve izlem çalışmalarının geliştirilmesi,
10. Bireylerin en fazla destek aldıkları grubun aileleri olduğu belirlendiğinden, yatış sürecinde ailelerin bakıma katılması,

11. Bu araştırmanın öz-bildirime dayalı olması nedeniyle oluşabilecek kısıtlılıkları gidermek ve sonuçları güçlendirmek amacıyla aynı konuda niteliksel yöntemlerin kullanıldığı hemşirelik araştırmalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
2. Türkiye Psikiyatri Derneği, Dünya Sağlık Örgütü Helsinki Toplantısında Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı Kabul edildi. <http://www.psikiyatri.org.tr/news.aspx?notice=32>
3. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. TC Sağlık Bakanlığı ISBN:978-975-590-391-0 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 847 Ankara
4. Gerson L.D., Rose L.E. (2012). Needs of persons with serious mental illness following discharge from inpatient treatment: patient and family views. Archives of Psychiatric Nursing, Aug; 26(4): 261-71. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22835746> Erişim Tarihi: 24.01.2013
5. Mete, L. (2014). Şizofreni, En Uzak Ülke. Say Yayınları
6. Çakır F., İlnem C., Yener F. (2010). Kronik Psikotik Hastalarda Taburculuk Sonrası Takip ve Tedaviye Uyum. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23:50-9.
7. Kelleci M., Doğan S., Ata E. E., Avcı D., Sabancıoğulları, S., Başeğmez F. & İşkey M. (2011). Bir Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Psikotrop İlaç Kullanma Hakkında Düşünceleri ve Taburculuk Sonrası İzlem. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(3): 128-135
8. Üçok, A. (2011). Şizofreni Tedavisinde Karşılaşılan Zorluklar. Kronik Ruhsal hastalıklarda Tedavi İşbirliği-Uzman Görüşleri-Sayı:1 ISSN:2146-3921
9. Dilbaz, N. (2011). Tedavi İşbirliği Işığında Şizofreni Tedavisinde Tedavi Uyum. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği –Uzman Görüşleri-Sayı:1 ISSN:2146-3921
10. Sevinçok, L. (2000). Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. Şizofreni Dizisi, 1:72-80
11. Sönmez, E.U. (2008). Şizofreni Hastalarında Dönerkapı Fenomeni Değişkenlerinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
12. Yıldız, M. (2005). Şizofreni; Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek. Okuyan Us Yayınları, İstanbul.

13. Özkan, B., Erdem, E., Özsoy, S. D. & Zararsız, G. (2013). Şizofreni Hastalarına Verilen Ruhsal Eğitim ve Telepsikiyatrik İzlemenin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumuna Etkisi. *Journal of Psychiatry*, 14, 192-9.
14. Kavak, F., Ekinci, M. (2014). Kendi Evlerinde Yaşayan ve Korumalı Evlerde Yaşayan Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliklerinin ve İşlevsel İyileşme Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1)
15. Doğan, S., Doğan, O., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö. & Başeğmez, F.D. (2002). Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 3: 69-74
16. Saygın, N. (2007). Hasta ve Yakınlarının Bakış Açısıyla Psikiyatrik Yatışın Nedenleri. Yüksek Lisans Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
17. Duran, S. & Gürhan, N. (2012). Psikiyatri Hastalarının Taburculuk Eğitimi Alma Durumunun Değerlendirilmesi. *F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.* 26 (1): 39 - 44 <http://www.fusabil.org>
18. Fortinash, K.M., Holoday-Worret, P.A. (1996). *Psychiatric Mental Health Nursing*. Mosby.
19. Elder, R., Evans, K., Nizette, D. (2013). *Psychiatric and Mental Health Nursing*. Elsevier/ Australia
20. Peplau, H.E.(1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Publishing Company.
21. Cutler, C. (2003). Assessing patients' perception of self-care agency in psychiatric care. *Issues in mental health nursing*, 24(2), 199-211.
22. Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*, Mosby
23. Çörçem, P. & Partlak Günüşen, N. (2010). Şizofreni Hastalarının Öz-Bakım Gücü ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *IV.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı*, Samsun, ss: 176-177
24. Doğan, S., Sabancıoğulları, S. (2011). Koruyucu Psikiyatri ve Hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi*, 4(4):94-100

25. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge(2011). www.saglik.gov.tr
26. Dülgerler, Ş. (2014). “Şizofrenik Bozukluklar”. Çam, O. ve Engin, E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği: Bakım Sanatı S:413-445. İstanbul Tıp Kitabevi.
27. Candansayar, S. (2005). Neden Nasıl Şizofreni. Peday Klinik Uygulama Serisi.
28. Fortinash, K.M., Holoday-Worret, P.A.(2007). Psychiatric nursing care plans. St. Louis: Mosby
29. Bağ, B. (2012). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 4(4):465-485 doi:10.5455/cap.20120428
30. Işık, E.(1997) Şizofreni. Ankara, Kent Matbaacılık.
31. Orem D.(1996). Nursing Concept of Practice,5. Edition, Mosby Year Book.
32. Nahcivan, N. O. (2004). A Turkish Language Equivalence of the Exercise of Self-Care Agency Scale. Western Journal of Nursing Research, 26(7), 813-824
33. Sökmez, T. (1996). Psikiyatri Hemşireliği İçin Pratik Notlar.
34. Videbeck, S. L., (2011). Psychiatric Mental Health Nursing. Wolters Kluwer Health- Lippincott Williams& Wilkins.
35. Holmberg, S. K. & Kane, C. (1999). Health and Self Care Practices of Person with Schizophrenia. Psychiatric Services 50: 827-829. <http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3516/827.pdf> Erişim Tarihi: 17.01.2014
36. Bakoğlu, E., ve Yetkin A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 4.1: 41-9.
37. Düzöz, G.“Hipertansiyonlu hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi”. Hemşirelik Forumu, Mart-Nisan (2005): 22-26.
38. Güneş, B. (1997). Sürekli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Öz-Bakım İlişkin Tutumları ve Sosyo-demografik Özellikler İle Öz-Bakım Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. XIV. Ulusal Böbrek Hastalıkları, Diyaliz ve Transplantasyon Kongresi, Antalya, 16.

39. Hacıhasanoğlu, R., & Yıldırım, A. (2009). Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 25(1), 87.
40. Ünsar, S., Dindar, İ., Zafer, R., & Kumaşoğlu, Ç. (2006). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların öz-bakım gücü ve etkileyen etmenler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1:71-80
41. Düzöz, G. T., Çatalkaya, D., & Uysal, D. D. (2009). Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi, 26(4), 210-213
42. Kara, B., & Fesçi, H. (2000). Tip I Diyabet Hastalarının Öz-bakım Gücünün İncelenmesi. Sendrom, 12(4), 28-35.
43. Durademir, A. (1999). Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve öz bakım davranışları. Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 3(1), 16-20.
44. Bayram, M., & Çam, O. (2002). Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı olan hastalarda umutsuzluk ve umutsuzluğun öz bakım gücüne etkisinin incelenmesi. VI. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Kongresi, 14-16.
45. Altay, B., & Avcı, İ. A. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi, 36(4).
46. Özer, M. (2001). Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Öz Bakım Gücü ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
47. Altıparmak, S., Fadıloğlu, Ç., Gürsoy, Ş. T., & Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. Ege Tıp Dergisi, 50, 95-102.
48. Schennach, R., Naber, D., Rütther, E. (2012). Predictors of Relapse in the Year After Hospital Discharge Among Patients With Schizophrenia. Psychiatric Services Vol. 63 No. 1 ps.psychiatryonline.org
49. Anlar, L., Doğan, S., & Doğan, O.(2009). Sivas' ta bir psikiyatri kliniğinden taburcu olan hastaların ruhsal durumları, işlevsellik düzeyleri ve ilgili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi,10:293-300
50. Erdemir, F. (2005) Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevi

51. Potter, P.A., Perry, A.G.(1995). Basic Nursing: Theory and Practice. St. Louis: Mosby
52. Öz, F. (2004). Sağlık Alanında Temel Kavramlar
53. Roy, C.(2008) The Roy Adaptation Model. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2008; 3rd ed.
54. O'Toole, A.W., Welt, S.R.(1989). Interpersonal Theory in nursing practice: selected Works of Hidegard E. Peplau. New York : Springer Pub. Co.
55. Gün, Ç.(2011). Histerektomili Hastalarda Benlik Saygısının Öz-bakım Gücüne Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
56. Tel, H., Ertekin Pınar, Ş.(2012). Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 3(2):61-66
57. Çam, O., Çuhadar, D.(2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2(3):136-140
58. Ersoy, M. A., Varan, A.(2007) Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 18(2).
59. Bulut, A. (2012). Şizofren Hastalarında İşitsel Varsanıları İle İlgili İnanışlarının Benlik Saygısı İle İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul
60. Ünal, S.(2000). Şizofrenide Öznel Yaşantılar ve Duyguların İfadesi. Klinik Psikiyatri 3:131-136
61. Chang, E., Johnson, A. (2008). Chronic Illness & Disability, Principles for Nursing Practice. Elsevier
62. Lazarus, R.S., Folkman, S.(1984). Stress, Appraisal and Coping. Springer Publishing Company, New York
63. Özcan M E, Gürgeç F, Türkeş C (1999) Şizofrenili Hastalarda Başa Çıkma Davranışları. Düşünen Adam Dergisi 12(3): 35-40.
64. Nolan, J.A., McEvoy, J.P., Koenig, H.G., Hooten, E.G., Whetten, K., Pieper, C.F. (2012). Religious coping and quality of life among individuals living

with schizophrenia. (Psychiatric Services 63:1051–1054; doi: 10.1176/appi.ps.201000208)

65. Tekin Z. (2007). Bir Psikiyatri Hastanesinde Tedavi Gören Şizofrenili Hastalarda İntihar Düşüncesi: Pozitif, Negatif Belirtiler ve Depresyonla İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Trabzon.
66. Çam, O., Engin, E.(2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi
67. Keltner, N.L., Schwecke, L.H., Bostrom, C.E.(2007). Psychiatric Nursing. St. Louis; Mosby/Elsevier.
68. Yorulmaz, H., Tatar, A., Saltukoğlu, G., & Soylu, G. (2013). Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi, (2), 367-387.
69. Yılmaz Karabulutlu, E., Okanlı, A.(2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14: 4
70. Armay, Z.,Özkan, M., Kocaman, N., Özkan,S.(2007). Klinik Psikiyatri, 10:192-200)
71. Yılmaz, S. (2011). Şizofreni Tanılı Hasta ve Ailelerinin Eğitim Gereksinimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul
72. Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., & Çubukçuoğlu, Z. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. Turk Psikiyatri Derg, 21, 203-212.
73. Özaltın, G. (1999). Psikiyatri Hemşireliğinde Hasta ve Hasta Aileleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 3(1).
74. Varcarolis, E.M., Halter, M.J.(2010). Foundations of psychiatric mental health nursing (6th ed.). St. Louis, MO:Missouri
75. Shives, L.R., Isaacs, A.(2002). Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing. Lippincott
76. Doğu, B., Güler, J., Çıtak, S., Altunkaynak, Y., Alpay, N. (2012). Şizofreni Hastalarının Cinsel Yaşama İlişkin Öznel Düşüncelerinin Cinsiyetler Arası Karşılaştırması. Klinik Psikiyatri; 15: 238-247

77. akmak, S.(2010). Şizofrenik Bozuklukta Cinsel İŞlev Bozuklukları: Kesitsel Bir Değerlendirme. Uzmanlık Tezi, Adana
78. Watson, J.(2008). Nursing The Philosophy and Science of Caring. Revised Edition, University Press of Colorado.
79. Özen, Ő, Őzmen, S.(2010). Bir Grup Şizofreni Hastasında Sanrı TŐrleri, Korku İçerikleri ve Olumsuz Yaşam Olayları. Anadolu Psikiyatri Dergisi Cilt 11 Sayı:2
80. Dearing, K.S.(2004). Getting it, together: How the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, Volume:18, Issue:5
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941704001736>
81. Dilbaz, N., Karamustafaloğlu, O., Oral, T., Őnder, E., ve etin, M.(2006) Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Şizofreni Hastalarında Tedaviye Uyumun ve Uyum Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji BŐlteni ;16:223-232
82. Sungur M.Z. (2000) Şizofreni: Mitler ve Gerçekler. Klinik Psikiyatri Dergisi Ek: 1:5-12
83. Alptekin, K.,Yıldırım, E.(2011). Şizofreni hastalığında İęŐrŐ Eksikliği: "Hasta değilim, Yardıma İhtiyacım Yok". Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İŞbirliği-Uzman GŐrŐŐleri- Sayı:1 ISSN:2146-3921
84. Dankı, D., Dilbaz, N., Okay, İ. T., Telci, Ő. (2007) Şizofreni Tanısı Olan Hastalarda İ gŐrŐnŐm Aile ŐykŐŐ, Pozitif ve Negatif Belirtilerle İlişkisi. TŐrk Psikiyatri Dergisi 18(2).
85. AkkiŐi Kumsar, N., Dilbaz, N.(2012). Şizofrenide Antipsikotik Polifarmasi Uygulamaları: Bir GÖzden Geçirme. Np Akademi 1(1):28-37
86. Özalmete, E. Ő. (2006). Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Antipsikotik Polifarmasi Uygulamasının Değerlendirilmesi. T.C Sağlık Bakanlığı BakırkŐy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İŐstanbul
87. Hatıloğlu U, Karadağ H, Akkoyunlu S, GŐriz O, Kahiloğulları AK, Őrsel S. (2010). Şizofrenide ve Diğer Psikotik Bozukluklarda oklu İlaç Kullanımı: Uzun Etkili Antipsikotik İlaçların RolŐ. Klinik Psikiyatri 13:101-107

88. Sungur M Z, Güner P, Üstün B, Soygür H, Çetin İ (2008). Şizofrenide optimal tedavi: Randomize kontrollü uzunlamasına bir çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9(ek sayı 1): 27-32.
89. Engin, E., Ergün, G. (2014). Uyku ve Uyku Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi
90. Yetkin, S., Aydın, H., Özgen, F., Sütcigil, L., & Bozkurt, A. (2011) Şizofreni Hastalarında Uyku Yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi 22(1): 1-9
91. Kelleci, M., Ata, E.E. İşkey, M. Kara, T., Sabancıoğulları, S., Doğan, S. (2010) Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalara Uygulanan Relaksasyon Egzersizinin Anksiyete Düzeyi ve Uyku Kalitesine Etkisi. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, Samsun
92. Varcarolis, E. M. (2013) Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care. Second Edition. Elsevier Saunders
93. Culliford, L. (2002). Spirituality and clinical care: Spiritual values and skills are increasingly recognised as necessary aspects of clinical care. BMJ: British Medical Journal, 325(7378), 1434.
94. WHO (1998) Health Promotion Glossary <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
95. Kostak MA (2007). Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6): 105–115.
96. Arslan, H., Şener, D.K. (2009). Stigma, Spiritüelite Ve Konfor Kavramlarının Meleis'in Kavram Geliştirme Sürecine Göre İrdelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2, Sayı:1
97. Kostak, M.A, Çelikkalp, Ü., Demir, M. (2010) Hemşire ve Ebelerin Maneviyat ve Manevi Bakıma İlişkin Düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı.
98. Mohr, S., Brandt, P. Y., Borrás, L., Gilliéron, C., Huguelet, P. (2006). Toward an Integration of Spirituality and Religiousness Into the Psychosocial Dimension of Schizophrenia. The American Journal of Psychiatry, Vol. 163, No. 11
<http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?volume=163&page=1952>
99. Huguelet, P., Mohr, S., Borrás, L., Gillieron, C., Brandt, P. Y., (2006). Spirituality and Religious Practices Among Outpatients With Schizophrenia

and Their Clinicians. *Psychiatric Services* Vol. 57 No. 3.
<http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=91318>

100. Stuart, G.W., Laraia, M. T.(2005) *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Elsevier Mosby.
101. Gamble, C., Brennan G.(2006) *Working With Serious Mental İllness*. Elsevier Limited.
102. Nahcivan, N.Ö (1993) *Sağlıklı Gençlerde Öz-bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi*. İ.U.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul
103. Cornwell, P., Dicks, B., Fleming, J., Haines, T. P., & Olson, S. (2012). Care and support needs of patients and carers early post-discharge following treatment for non-malignant brain tumour: establishing a new reality. *Supportive Care in Cancer*, 20(10), 2595-2610
104. Driscoll, A.(2000), Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31: 1165–1173. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x
105. Bakoğlu E., Şekerci, K., Yaman, S., Çevik, M.(2009). Periton Diyalizli Hastalarda Öz-bakım Gücü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:4 Sayı:11
106. Uğurlu, N., Bolat, M., Erdem, S. (2010) Yaşlılarda Öz-bakım Gücünü Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 1(2):56-62
107. Nart, A. (2013). *Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Mobilize Olan Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
108. Şahan, E. (2010). *Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı ile İzlenen Adölesanlarda Yaşam Kalitesi ve Öz-bakım Gücü*. Yüksek Lisans tezi. Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
109. Uğurlu, N. (2011). *Şizofreni Tanısı Konan Hastalarda Bir İşte Çalışmanın ve Derneğe Üye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarla Baş Etme Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
110. Kırmızıgül, P.(2003). *Atipik Antipsikotik Kullanan Şizofren Hastalarda İlaç Yan Etkilerinin Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gata Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

111. Güneş, D.(2010). Şizofreni Hastalarının Yaşam Kalitesinin ve Sosyal İşlevselliğinin Objektif ve Subjektif Değerlendirmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
112. Eryıldız, D.(2008). Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi'ne Devam Eden Kronik Şizofreni Hastaları İle Bir Rehabilitasyon Programına Katılmayan Kronik Şizofreni Hastalarının İşlevsellik Ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
113. Süğün, G.S. (2005). Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Yaşam Niteliği İle Hastalığın Negatif-Pozitif Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
114. Arıhan, G.(1998). Şizofreni Epidemiyolojisi. Şizofreni Dizisi;2:64-74
115. Pehlivan, K.(2004). Kadın Psikiyatrik Hastaların Cinsel Yaşam, Evlilik, Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon, Gebelik ve Çocuk Sahibi Olma, Aids ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Popülasyonla Karşılaştırmalı Çalışması. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
116. İlhan, F.(2011). Hemodiyaliz Hastalarının Öz-bakım Gücünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
117. Korkmaz, S.(2011). Kalça Kırığı Nedeniyle Protez Uygulanan Yaşlı Hastalarda Öz-bakım Gücü ve Öz-Yeterliliğin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
118. Tatlıdil, E.(2008). Şizofreni Tanılı Hastalarda Semptomatolojinin Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Ankara
119. Tüzer, V., Zincir, S., Başterzi, A.D., Aydemir, Ç., Kısa, C., Göka, E.(2003). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 6: 198-203
120. Amuk, T., Varma, G., Oğuzhanoğlu, N.K., Ateşçi, F.(2004). Şizofrenide Cinsiyet ve Başlangıç Yaşının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 5:101-106
121. Pehlivan, K.(2006). Psikiyatrik Kadın Hastalarda Evlilik ve Ebeveyn Olma: Bir Gözden Geçirme. Düşünen Adam 19(3):143-154
122. Çobanoğlu, Z. S. Ü., Aker, T., & Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. Düşünen Adam,16, 211-18.

123. Erginer, D. K., & Günüşen, N. P. (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Durumu: İhmal Edilen Bir Alan. Dokuz Eylül Üniversitesi HemşirelikYüksekokulu E Dergisi, 6(3).
124. Koç, M.(2009). Dindarlık İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki: Yetişkinler Üzerine Ampirik Bir Araştırma. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi Cilt: 18, Sayı:1 S. 473-493
125. Kımtır, N.(2011) Üniversiteli Gençlerde Dindarlık İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi ; 2(2):39-60
126. Şahin, N. H., Batıgün, A. D., & Koç, V. (2011). Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi (21)
127. Weckowicz, T. E., & Sommer, R. (1960). Body Image and Self-Concept in Schizophrenia An Experimental Study. *The British Journal of Psychiatry*,106(442), 17-39.
128. Priebe, S., Röhricht, F. Specific body image pathology in acute schizophrenia (2001) *Psychiatry Research*, 101 (3), pp. 289-301. doi: 10.1016/S0165-1781(01)00214-1
129. Kurt, E., Özdilli, K., Yorulmaz, H.(2013). Romatoid Artrit'li Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 50: 202-208 Doi: 10.4274/npa.y6195
130. Tan, M., Karabulutlu, E. (2004) Sürekli Ayaktan Periton Diyalizi (Sapd) Uygulanan Hastaların Benlik Saygısı ve Beden İmajını Algılayışları. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 7, Sayı: 3
131. Sağbaş, Ö.(2009). Ruhsal Bozukluklarda Stresle Baş Etme ve Yaşam Kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
132. Akpınar, Ş., Kelleci, M. (2008). Sorun Çözme Becerilerini Geliştirme Programının Şizofrenik Hastaların Sosyal İşlevsellik Düzeylerine Etkisi. http://www.rchpjournal.com/rchpdergi/RCHP_NO_5_sayi_3_4_tr_2008.pdf#page=47
133. Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., Özşahin, A. (2013). Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi İle Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14:19-26

134. Eylen, B(2002). "Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği" nin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt: XV, Sayı: 1
135. Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., Vecchio, H.D.,Maj, M.(2008). Views of Persons With Schizophrenia on Their Own Disorder: An Italian Participatory Study. PSYCHIATRIC SERVICES ' ps.psychiatryonline.org ' Vol. 59 No. 7
136. Hatonen H, Kuosmanen L, Malkavaara H & Valmaki M (2008) Mental Health: Patients' Experiences Of Patient Education During Inpatient Care Journal Of Clinical Nursing 17, 752-762
137. Babacan Gümüş, A.(2006). Şizofreni Hastalarının ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 7:33-42
138. Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler.Turk Psikiyatri Dergisi, 13, 143-151
139. Loganathan S, Murthy S (2011). Living With Schizophrenia In India: Gender Perspectives. Transcultural Psychiatry November 2011 48: 569-584 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233233/> Erişim Tarihi: 24.01.2013
140. Kekeç, Z., Yıldırım, C., İkizceli, İ., Gönül, A. S., & Sözüer, E. M. (2000). Özkıyım Girişimi Nedeniyle Acil Servise Başvuran Hastalarda Hazırlayıcı Etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(3), 157-161
141. Soygür, H.(2003). Şizofreni ve Yaşam Niteliği. Klinik Psikiyatri Ek1:9-1
142. Tel, H., Doğan, S., Özkan, B., & Çoban, S. (2010). Hasta Yakınlarına Göre Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastaların Tedaviye Uyumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(1), 7-12
143. Özbaş, D., Küçük, L., & Buzlu, S. (2008). Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 21, 14-23
144. Yıldırım, A., Ekinci, M. (2010). Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 11, 195-205.
145. Chow, A., Mellor, D.(2013). Schizophrenia and social support: a comparison between china and singapore. European Psychiatry Volume 28, Supplement 1, 2013, Pages 1. DOI: 10.1016/S0924-9338(13)76355-7

146. Yıldız, M.(2004) Psikiyatrik Rehabilitasyon. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Işık Sayılı(Editör). İstanbul. Erler Matbaacılık 51-64
147. Araz, A., Harlak, H., ve Meşe, G.(2007). Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (2):112-122
148. Tanrıverdi, G., Bedir, E., Seviğ, Ü. (2007). The Effect of Gender on Health Related Attitudes and Behaviors. TAF Preventive Medicine Bulletin, 6 (6), 435-440. Turkish.
149. Erol, A., Ünal, E.K., Aydın, E.T., Mete, L.(2009). Şizofrenide Sosyal İşlevselliği Yordayan Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 20(4):313-321
150. Coşkun, S., Yıldız, Ö., & Yazıcı, A. (2010). Psikiyatrik Rehabilitasyonda Fotoğrafın Kullanımı: Bir Ön Proje. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(3), 121-127.
151. Arkan, B., Bademli, K., Duman, Z.Ç. (2011) Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son On Yılda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 3(2): 214-231
152. Eryılmaz, A. (2011). Ergen Öznel İyi Oluşu ile Olumlu Gelecek Beklentisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences, 24(3).
153. Artar, M. (2003). Depremi yaşayan ergenlerin gelecek beklentilerinin içeriği. Kriz Dergisi, 11(3), 21-27.
154. Tuncer, M. (2011). Ergen Gelecek Beklentileri Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. Electronic Turkish Studies,6(3).
155. Algın, F.(2009). Şizofreni Hastalarında Başa Çıkma Tutumlarının Umutsuzluk, İntihar Davranışı ve İç görü İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul.

ÖZGEÇMİŞ

Sultan TAŞ, 1987 yılında Diyarbakır'da doğdu, ilköğretim ve lise öğrenimini Antalya'da tamamladı. 2005-2009 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Akseki Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde lisans eğitimini tamamladı. 2009-2013 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği ve Göğüs Cerrahi Yoğun Bakım Kliniği'nde hemşire olarak görev yaptı. 2011'de Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda eğitime başladı. 2013 Aralık ayında Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'na Araştırma Görevlisi olarak atandı. Halen burada çalışmaktadır. Yabancı dili İngilizce'dir.

EKLER

BİREYLERİN TABURCULUK SONRASI BAKIM GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN EK TABLOLAR

Ek Tablo 4.3.1.1. Bireylerin Benlik Kavramı Boyutuna İlişkin İfadeleri

Kendini Tanımlama
<p>Manevi Özelliklerine Göre Tanınıyor; İmanımı inancımınla bir yerlere varacağımı düşünüyorum- Hayatı sevmeye çalışırım- Dürüst, özgürlüğüne düşkün- İyi bir insan -Şefkatli, merhametli -Güvenilir, dürüst ve yalansız- Cimri -İnançlı, iyiliksever -İyi, dürüst, güvenilir -İyi bir insanım- İyi -İyi bir insan, zararsız- Alçakgönüllü, eli açık</p> <p>Sosyal rol ve özelliklerine göre tanınıyor; Boşlukta gibi -İç görünüşüme göre kötü -Çılgın- Yay burcu -Fethiye'de oturuyorum, bisiklet sürmeyi severim -Hasta -Babasını arayan küçük bir çocuk gibi -Rahatsız -Çok duygulu -Mutlu</p> <p>İletişim özelliklerine göre tanınıyor; Sessiz sakın biriyim -Çekingen biri -Girişken, sakın, anlayışlı -Bazen patavatsızım, istemeden de olsa kalp kırarım -Uyumlu, dışa dönük biri -Sakin biri -Kendi halinde -Çevresindeki insanlara göre problem yaratan -İçe kapanık, hassas çok kırılğan alıngan</p> <p>Zihinsel özelliklerine göre tanınıyor; Düşüncelerim normal geçen seneye göre düzgünüm, okuyup çalışmayı düşünüyorum -Çalışkan biri -Hırslı, azimli -Cesur ve yürekli biri, güçlü</p> <p>Fiziksel özelliklerine göre tanınıyor; 24 yaşında, uzun boylu, kumralım, 69 kilo -Dış görünüşüme göre iyiyim-</p>
Beğendiği Yönleri
<p>Bilişsel/Problem Çözmeye ilişkin özellikler; Zekam -Kendime güvenirim -İçime sıkıntı atmıyorum -Becerikliyim -Çabuk atlattırım -Kendimi eleştiririm -İyimser yaklaşırım -Konuşarak çözerim -El işlerine meraklıyım -Yazı yazmak</p> <p>Kişilik Özellikleri ;Karakterim -Arkadaş canlısı, dışa dönüğü, gezmeyi severim -Cana yakın, Akdeniz kanlısıyım -Cana yakın ve soğukkanlıyım -Uyumluyum</p> <p>Manevi Özellikleri; Dini inanç ile vakit geçiririm, din kitapları okurum -Merhametliyim -Sabırlıyım -Beş vakit namazımı kılarım -İnançlıyım -Sabırlı, fedakârım, eşimi severim, aileme değer veririm -Kötülüğe karşılık vermem susarım -İyi bir insanım -Eli açık biriyim</p> <p>Fiziksel Özellikleri; Kendi bedenim, göbeğim hariç -Saçlarım -Gülüşüm</p> <p>Diğer; Su içmeyi severim -Köyümü severim -Beğenmediği yönü yok -Beğenmediği yönü yok</p>
Beğenmediği yönleri
<p>Kişilik Özellikleri; Çok duygusalım -İnatçıyım-Kendime değer vermiyorum- Fazlasıyla dürüstüm- Sabırlı gibi gözüküyorum ama değilim -Biraz fevriyim -Çok kırılğanım -Aceleciyim -Fazla saf olduğumu düşünüyorum -Çabuk ağlarım, hemen ağlarım - Duygusalım- Her şeye kanıp herkese inanırım -Çok çabuk pes ederim-Neşesizim</p> <p>Takıntılı Düşünceleri; Düşünmek, her şeyi düşünmek, sadece kendini düşüneneceksin- Kulaklarımı kurcalayıp yara ediyorum, düşünceye dalınca oluyor bir de kol ağrısı var sinirsel- Takıntılarım- Her şeyi kafaya takarım</p> <p>İletişim özellikleri ;Yalan söylerim- Kimseyle ilişki kuramam -Misafirperverim- İçine kapanığım</p> <p>Fiziksel özellikler; Burnum, şişman olmam</p> <p>Beğenmediği yönü yok (7 kişi)</p>
Değiştirmeyi Düşündüğü Yönleri
<p>Değiştirmeyi düşündüğü bir yönü yok(10 kişi)</p> <p>Daha iyi bir iş ve çalışma yaşamına sahip olmak; Çalışabilmek istiyorum -Ev sahibi olabilmek istiyorum -Ya bahçıvan ya da kantinci olmak istiyorum -Tembellikten kurtulmak istiyorum- Çok uyumayı ve sürekli tv izlemeyi bırakmak istiyorum- İyi bir çalışma hayatım olsun</p> <p>Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar edinmek; Burnumu değiştirmek isterdim -Sigara kullanmamak isterdim -İyileşmek isterdim -Zayıflamak isterim-Hemoroidden kurtulmak istiyorum -Takıntılarımı terk etmek isterdim -Daha iyiye gitmek isterdim- Kafamı düşüncelerimi değiştirmek isterim</p> <p>Toplumsal yaşamda daha aktif olmak; Çok konuşkan bir kız olmak istiyorum, az konuşup içine atmak iyi değil, çok konuşmak herkesin hoşuna gidiyor- Girişken olamıyorum -Ağlamak ve pasif davranmak istemiyorum- İnsanların benle ilgili farklı düşüncelerini istiyorum- Daha sosyal olmak -Doğruyu söylemek istiyorum -Daha sabırlı olmak</p>

Ek Tablo 4.3.2.1. Bireylerin Problem Çözme ve Baş Etme Boyutuna İlişkin İfadeleri

Baş etme yöntemi
İşlevsel olan yaklaşım; Düşünerek çözerim- Önce Allah'a sığınır ondan yardım dilerim, dua ederim, dua sayesinde sonra kendim çabalarım, tevekkül ederim- Yumuşak tavır ve iyi yolla çözerim-Konuşarak çözerim- Konuşarak -Oturup ailemle konuşuyoruz - Kendi içimde çözmeye çalışırım, çözemediğim zaman yardım isterim -Çalışmayla uğraşmayla çözerim -Çok sıkılmışsa değiştirmeyi düşünürüm -Düşünerek çözerim -Kendim çözerim, kendime göre çözerim -Uzlaşmaya çalışırım -Yakınlarımdan yardım alarak çözerim- Düzeltmeye çalışırım- Hep kendim çözerim- Hastane kendime güvenmemi, güçlü hissetmemi sağladı- En yakınlarımdaki kişiye söyleyerek çözerim- Annemle birlikte çözerim - Cevap vermem çeker giderim, ya da kafamı toplar konuşurum -Yakınlarımdan destek alarak -Konuşarak -Konuşarak kendimi ifade ederek -Kendim çözmeye çalışırım
İşlevsel olmayan yaklaşım; Çözemiyorum, karşındaki insandan zeki olmazsan yenilirsin, karşımdakinden zeki olmaya çalışıyorum, bundan yoruldum- Yalan söyleyerek çözerim -Bazen alkole sarılarak çözerim -Dövüşmeyi bilseydim döverdüm ama bu durumda ben dayak yerim -Kitap okurum, el işi yaparım -Yalnız ve zor -Zamana bırakırım-Unutuyorum genelde -Oluruna bırakırım-Anneme söylerim annem en doğrusunu bilir
Baş Etmede İhtiyaç Duyduğu Yardım Şekli
Duygusal destek(anlayış, ilgi konuşma konusunda); Beni anlayabilen birinin yardım etmesini isterim-Huzur istiyorum-Önce Allah'a sığınır ondan yardım dilerim-Ailemle konuşarak-Birileriyle paylaşmayı severim, ancak konuya hakim biriyle, yakın olduğum biriyle, arkadaş gibi-Sosyal diyaloga-Manevi güç-Çevrem bana saygı duysun-Benimle ilgilenmeleri-Teselli-Psikolojik destek-Psikolojik yardım-Konuşarak destek ve yanımda olmasını isterim-Sevgi beklerim
Araçsal destek (bilgi, maddi, bakım ve sağlık konularında); Genellikle hemşirelerden yardım beklerim-Ailem yemek yapıyor -Yolumu kaybettiğimde insanlara sorarım -Ev temizlerken yardım alırım -Bilgi öğretmeleri, bilmediğim şeyleri öğretmelerini isterim -Fikir sorarım- Sağlık açısından ya da beni dışı karşı korumaları için yardım isterim -Problemimi çözmelerini isterim ya da yapmaları gerekeni yapmalarını isterim- Önce hemşireler, doktorlar, hastane
Tanımlanamayan yardım; Eşimden yardım beklerim-Bilmiyorum-İçime kapanıyorum, karşımdaki kızarmı diye bir şey diyemem, ince düşünüyorum-İhtiyaç duyarım ama genelde yardım istemem-Çok yardıma muhtaç oluyorum, evin içinde sıkıntıya giriyorum, huzursuz oluyorum-Bazen yardıma ihtiyaç duyarım-Yardım almıyorum
Baş Etmede Yardım Aldığı Kişiler
Sağlık kurumu ve sağlık çalışanları
Eş ve aile
Akraba ve arkadaşlar
Diğer; Yakın hissettiğim kişilerden -Herkes olabilir- Kimseden yardım istemem- Çevremdeki belli başlı insanlardan

Ek Tablo 4.3.4.1. Bireylerin Rol ve İlişkiler Boyutuna İlişkin İfadeleri

Aile İçi Rollerin Hastalıktan Etkilenme Durumu
Etkilenmedi (10 kişi) Olumlu Etkilendi; Evet, hastaneye yatarken tartışmalardan uzak kalmak için yatmışım, şimdi her şeye sünger çektik-İyi yönde de kötü yönde de biraz etkiledi-Benim için uğraşıyorlar-Daha çok üzerime düşüyorlar, görevlerimi yerine getiriyorum, kimseyi kullanma taraftarı değilim, hastalığım etkisiyle. Olumsuz Etkilendi; Tedavi istemiyordum annem zorla götürdü-Biraz daha korkuyorlar-Üzümüş olabilirim-Huzursuz oluyorlar-Evet, okuyamıyordum, babam çok istiyordu. Okuyamayınca kötü davranıyordu, üniversite mezunu olmamı istiyorlar, ben okumayacağım desem yine kötü davranırlar-Anneme sert davranırdım, özür dilerdim, babam alkol alıyor onunla da kavga ederdik-Fazla bisiklet sürmemden etkileniyorlar, şuanda anlaşılıyorz ama en büyük sorun işsiz olmam-İyi yönde de kötü yönde de biraz etkiledi-Az konuşuyorum-Gözden düştüm-Çalışmıyorum-Hastaneden sonra eve uyumsuzluk oldu-Anneme sert davranıyorum sonra üzüldüyorum-Hastanedeiken çocuğumu arayamadım, para yollayamadım-Babama karşı kendimi aşağılık hissediyorum-Evet, nedenini bilemiyorum-Evet
Eşle İlişkilerin Hastalıktan Etkilenme Durumu
Etkilenmedi (5kişi) Etkilendi; evet, cinsel anlamda- bekarken söylemedin dedi, şimdi söyledin hastalığımı dedi-Eşim üzüldüyor-
Çocukla İlişkilerin Hastalıktan Etkilenme Durumu
Etkilenmedi (7kişi) Etkilendi; Baba git buradan diyor, üzüldüyör ağlıyor- Belki eskisi kadar yakın değiliz, şimdilik kıpırtısız sütlüman- Kızım çok rezil oldu, bütün yük ona kaldı- Hastanede yattığım dönemde uzaklaşma oldu- çocuğumu hakim babaya verdi yıllarca hasret çektim.
Akrabalarla İlişkilerin Hastalıktan Etkilenme Durumu
Uzaktalar, hastalığımı bilmiyorlar; Bilmiyorlar ki, kimse bilmiyor, akrabalar çok uzakta-Uzaktalar-, Hep gurbetteydim Hastalığımı biliyorlar, ilişkimiz iyi; Daha iyi görüyorlar-Akrabalarımın aram iyidir, kimse kolay kolay birbirini kırmaz-Benimle ilgileniyorlar-İlişkim iyi- İlişkilerim güzel- Aynı-İlişkimiz fena değil- İlişkimiz iyi sadece biraz üzülmüşler-İlişkimiz aynı(9 kişi) Hastalığımdan dolayı uzaklaştılar; Önceden sorunlar vardı, uzaklaştık-Hastalanınca samimiyet olmuyor-Hastalığım daha kötü olur diye aramıyorlar ama ben öyle düşünmüyorum- Eve ara sıra geliyorlar, her zaman gelmiyorlar-Maksimum olumsuzluk, ilişki bitimi denebilir-Kopukluk oldu- Ben sürekli hasta oluyorum, yanına gelip gitmiyorlar-Uzaklaştık- Olumsuz etkiledi kimse sorumluluk almak istemiyor
Arkadaşlarıyla İlişkilerin Hastalıktan Etkilenme Durumu
Arkadaşım yok (7kişi) Etkilenmedi (11 kişi) Etkilendi, benden uzaklaştılar; İş arkadaşlarımdın hepsini telefonda ve facebooktan sildim- Arkadaşlık kısa sürüyor fazla yaklaşma olmuyor- Genelde tasvip edilmiyor, hoşgörü az- Kopukluk oldu- Arkadaşlarım da üzüldü- Pek ilişki kurmam- Arkadaşlık ilişkilerim pek iyi değil- İlişki kuramıyorum Hastalığımla birlikte yeni arkadaşlıklar edindim; Arkadaşım şizofreni hastası, ilişkimiz iyi- Arkadaşlarımdın hepsi hasta, niye yattın diye üzüldüler, ayaktan tedavi alsaydın dediler-Yeni arkadaşlıklar edindim.
Cinsel Yaşamlarının Hastalıktan Etkilenme Durumu
Etkilenmedi (10 kişi) Etkilendi; Eşimle ilişkiye girmek istemiyorum- Hanıma yaklaşıyorum bir şey yapamıyorum, ben istesem de olmuyor o istese de olmuyor-Erken boşalma, tiksinti, bıkkınlık oluyor- Çok önemsemiyorum ama ilaçlar etkiliyor, isteksizlik var-İsteksizlik- Daha çok istek var- Hiç hissetmiyorum, beynim böyle bir şeyi kabul etmiyor- Hastalığım iyileştiğinde evlenmeyi düşünüyorum-İsteksizlik var-Olumsuz Diğer; İlgisiz yanıt(2kişi)

Ek Tablo 4.3.5.1. Bireylerin Güvenli Çevre Boyutuna İlişkin İfadeleri

Güvende Hissetme
Kendimi güvende hissediyorum (19 kişi)
Kendimi güvende hissetmiyorum; Hayır, hissetmiyorum(2kişi)- Geçen gün babamla kavga ettik, sinirlendi, sizi öldürürüm dedi- Öldürebilirler, 20senedir böyle düşünüyorum- Bir psikopat çıkabilir- Beni tanıyanlar arasında güven sorunu yaşıyorum iftira atıyorlar- Her an hastaneye tıklıma korkusu yaşıyorum-Tek başımayken güvende hissetmiyorum- Benim hastalığım güvensizlik zaten-Tedirginlik var- Öldürecekler dövecekler gibi
Güvende Hissetmek İçin Yaptıkları
Hiç bir şey yapmıyorum
İletişimsel ve zihinsel olarak rahatlamaya çalışıyorum; Bir uğraşısıyla meşgul olmak, aldırış etmemeye çalışmak, hemşire ve doktorların söylediklerini düşünmek, aile bireylerinden birini her zaman yanında bulundurmak, iyi iletişim kurmaya çalışma, ailevi huzuru sağlamak, kapıyı kilitlemek

Ek Tablo 4.3.6.1. Bireylerin Tedavi ve Bakım Boyutuna ilişkin ifadeleri

İlaç Kullanma Durumu
Evet kullanıyorum (27 kişi)
Hayır kullanamıyorum (4kişi)
İlaç Kullanırken Karşılaştıkları Sorunlar
Bir sorun yaşamıyorum (9kişi)
İlacın uygun kullanımıyla ilgili sorun yaşıyorum; İlacın saatini sektirmekten korkuyorum, hastane düzenini sürdürmek için- Bazen almamı unutuyorum, özellikle sabahları alınacak olduğunda- Almadığım zamanlarda alkol yüklemesiyle büyük handikap yaşıyorum- Biraz zorlanıyorum, ilaç atarken heyecanlanıyorum- Geçen gün almamı unutmuştum, doktorumu aradık, biraz geç içtim- Eşim ayarlıyor, unutuyorum- Bazen saati geçiyor- Unutkanlık oluyor
İlaç yan etkileri konusunda sorun yaşıyorum; Uykum arttırdı, gece gündüz uykum geliyor- Zyprexten kulağım sağır gibi oluyor, duyma sorunu oluyor- Kasılmalar- Ayaklarımda istem dışı hareketler, stres, intihara meyil- Ağzımın suyu akıyor, yatak sırsıklam oluyor- İnvegaya bağlı uzağı ve yakındaki nesnelere uzamış görüyorum- Uyum etkisi var- Kilo yapıyor, almak istemiyorum- Akineton iştahımı açıyor- Ayak ve bacakta şişme, aşırı iştah- Yan etki çok ağızdan su gelmesi, aşırı hareketlilik bazen durgunluk- Uykü ve yorgunluk- Ara sıra sesler duyuyorum
Bu sorunları çözme şekilleri
Dr. danışarak/ ilaç düzenlenerek (7kişi)
Kendi yöntemlerimle çözüyorum ; Aşırı uykuyu engellemek için kahve içerim- Kilo alımına karşı az yemek ya da hareketi arttırmak istiyorum ama olmuyor- aşırı iştah nedeniyle diyetime dikkat ediyorum- Gazete okuyup bilgileniyorum ilaç yan etkisini azaltmak için bol bol su içiyorum, 8-10 bardak- İlaç saatini kaçırmamam için annem uyandırıyor, kız kardeşim uyandırıyor –sesler duymamak için uyuyorum, geziyorum
Bir şey yapamıyorum (7kişi)
Tedavide Doktor Önerisi Dışında Bir Şey Yapma Durumu
Dr. önerisi dışında bir şey yapmama(17kişi)
Kendi kendine rahatlamaya çalışma; Müzik dinliyorum, film izlerim, çizgi film severim, güldüren şeyleri tercih ederim- Televizyon izliyorum- Bir kağıda kasılmalarım olmayacak diye yazıyorum, kendi kendime terapi yapıyorum, çok şişmandım, yeme yeme diye yazdım, zayıfladım- Boğazımı ip ile sıkıştırdım bir keresinde beynimdeki düşünceler bitsin diye-Gezmek, kendini sıkırmamak eve kapatmamak- Kurslara gidip geldim yoga yaptım- Kafamı yormamaya yorulmamaya çalışıyorum- Vaktim geçsin diye kitap okuyorum- Yürüyüşler yapmak-Gezmek-Geziyorum
Yakınlarının tavsiyelerinden faydalanma; Arkadaşlarımla ilaçları düzenli içelim diye anlaştık, annem dayım teşvik ediyor- Komşuların tavsiyesiyle kendimi idare etmeye çalışıyorum, iyi ol kendine dikkat et diyorlar- Yakınlarım kafana bir şey takma diyor.
Tedavi ve Bakımda Aileden Destek Alma Durumu
Destek alamıyorum, bana kötü davranıyorlar; Bazen kızıyorlar, anne çok güzelim diyorum keşke güzel olmasaydın da böyle hasta da olmasaydın, bu kadar zeki olmasaydın da hasta da olmasaydın diyor-Anneannem çok üstüme geliyor, bağıyor, vuruyor, dedem de bağıyor- Pek bir destek alamıyorum, sıkıldığımı söylüyorum pek bir şey yapmıyorlar- Manevi yönden bir faydaları yok, ısrarcı tavırları var, ilaçlar konusunda-Pek destek olmuyorlar.
Maddi ve manevi destek veriyorlar; Annem para olmayınca para veriyor, ablam dolmuş parası veriyor, muayene olayım diye- Maddi yardım, Yiyecek içecek verirler, harçlık verirler-Sevgi ve ilgi-Annem benimle konuşuyor-tavsiyelerde bulunuyor-Bana bakıyorlar-manevi destek, banyomu yaptırıp yemeğimi yediyorlar, yeme içme ve moral konusunda yardımcılar, ablam çok fedakarlık yaptı, rahatlatmaya çalışıyorlar, yapamadığım işlerde yardımcı oluyorlar, yanımdalar herkes gitse bile bir kişi kalıyor, evimi topluyorlar
Tedaviyi sürdürmede yardımcı oluyorlar; İlaçlarımı hatırlatıyorlar, tedavim konusunda yönlendiriyorlar, hastaneye götürüyorlar, düşüncelerin hastalığından diyorlar

Ek Tablo 4.3.7.1. Bireylerin Kendine Bakım Boyutuna İlişkin İfadeleri

Günlük Bakımını Yaparken Karşılaştığı Sorunlar
Sorun yok (14kişi) Yorgunluk, İsteksizlik ile karşılaşyorum; Zaman zaman yorgunluk, olduğu kadar temizlik yapıyorum- Banyo yapasım gelmiyor, isteksizliğe bağlı,iştahlıyım hastanede değildim, tek çeşit yemek yapabiliyoruz, çok yiyorum- İsteksizliğe bağlı egzersiz yapamıyorum-İsteksizlik- Zorlanıyorum-Halsizlik oluyor, banyo yaparken annemden yardım alıyorum- Evin işini fazla yapamıyorum, vücudumda dermansızlık oluyor, uyukluyorum, ilaçlara bağlı- ilaçlardan kaynaklanan halsizlik- Yıkılmaya üşeniyorum, üşengeçlik yapıyorum- Bazen isteksizlik-Halsizlik, başım dönüyor, sürekli yatıyorum-uyku hali- halsizlik
Hastalık semptomlarıyla baş edemiyorum; Hastalığa tekrar yakalanıcam diye tedirginlik, takıntılarım, banyo yaparken olmadı deyip tekrar tekrar abdest almak, banyo yaparken şampundan korkuyorum, idrar kaçırıyorum.
Bu Sorunları Çözme Şekli
Sorun yok (14kişi) Birinden yardım alıyorum; Hanımdan yardım istiyorum-Annemden yardım istiyorum banyo yaparken başımda bekliyor- yardımcı bayan alıyorum-isteksizliği annemin yardımıyla çözmeye çalışıyorum
Kendimi zorluyorum, bir şey yapamıyorum; Yorgunluk nedeniyle yatıp uyuyorum, Kız kardeşim banyo yapınca benim de giresim geliyor- Egzersiz yapmıyorum- Mantıksız olduğunu bilip azaltmaya çalışıyorum-zorlanıyorum bir şey yapmıyorum(4 kişi)-uyku halimi İş yaparak, uğraşarak yok etmeye çalışıyorum

Ek Tablo 4.3.8.1. Bireylerin Uyku ve Dinlenme Boyutuna İlişkin İfadeleri

Uyku Alışkanlığında Değişim Durumu (n=31)
Değişim yok (12 kişi) Uykum düzene girdi (7kişi) Çok uyuyorum ;çokça yatar oldum(3kişi)-akşamları hemen uyuyorum Zor ve rahatsız uyuyorum; Kabus görmek-sık uyanmak-korku karabasan-kasılmalar-stres-ben uyduğumda birileri ölüyor- uyurken zor uyuyor, huzursuz kalkıyorum
Uyku Alışkanlığındaki Değişimin Nedenleri (n=17)
Hastane düzeninin olumlu etkisi (6kişi) Stres, korku ve hastalığımın etkisi ; (7kişi) İlaçlar; Çok uyku, ilaçtan oluyor- ilaç uyutuyor
Uyku Durumunu Düzenleme Şekli (n=21)
Bir şey yapmıyorum (10 kişi) Doktorun verdiği ilaçlar yeterli oluyor (4kişi) İlaç dışı uygulamalar yapıyorum; Yürüyüş, günlük aktiviteler ve yorulma ile, az yemek ,yoğurt yemek kahve içmek

Ek Tablo 4.3.9.1. Bireylerin Manevi Boyuta İlişkin İfadeleri

Sağlığı Tanımlama
Kişinin ruhsal yönden sağlıklı ve huzurlu olması ; İnsanın psikolojisinin bozuk olmaması, ruhsal durumun iyi olması, iyi hissetmek, mutlu olmak, önce kafada başlar, akıl sağlığı, sağlıklı düşünmek, derdi tasası olmamak, akrabalarla iyi geçinmek, dünyalar onun demektir, sevgi kelimesini yaşayıp yaşatabilmek, huzurlu bir şey, hayatla barışık olmak, rahat olmak, arkadaşlarla olmak, namaz kılmak, Kişinin bedensel yönden sağlıklı olması ; Beden sağlığı, sakat olmamak, dinç olmak, ağrısız yaşamak, çocuk sahibi olabilmek, en zaruri ihtiyaç, yaşamak,sportmen olmak Kişinin kendi kendine yetebilmesi; Ders çalışabilmek, sokağa çıkabilmek, gezebilmek, sinemaya gitmek, sinemaya gittiğimde endişeliyim, beni duyuyorlar mı diye, her işi kendi yapabilmek, kendine yetebilmek, başkalarına yük olmadan geçinmek, kendine güvenli olmak, kazancının yerinde olması
Boş zaman Değerlendirme
Ev içinde yapabileceğim aktivitelerle uğraşırım ; Müzik dinlemek, televizyon seyretmek, yazı yazmak, şiir yazmak, ders çalışmak, kitap okumak, sanalda oyunlar oynamak, kek yapmak, temizlik ve ev işi yapmak, yemek yapmak, annemle konuşmak, çocuğumla vakit geçirmek çiçeklerle ilgilenmek, hayvanlarla vakit geçirmek Ev dışında yapabileceğim aktivitelerle uğraşırım ; Gezmek, yürüyüş yapmak, odun biçmek, psikiyatri gündüz hastanesinden bilgisayar, muhasebe sertifikası almak, bisiklet sürmek, spor yapmak, yüzme, mekik, akşam sanat okulunda kurslara gitmek, arkadaşlara gitmek Genelde bir şey yapmayarak veya uyuyarak geçiririm ; Hep boşum, genelde evdeyim evde de bir şey yapmam, uyuyarak, genelde yatıyorum, bedenimle ilgili bir problem varsa onunla uğraşırım, sıkıntılı geçer, sigara içerim
Dini ve Manevi Uygulamaların Hastalıktan Etkilenme Durumu
Olumsuz etkilenmedi ; Hayır, etkilenmedi, muhtaç insanlara yardım ederim, insanları çok seviyorum, sıkıntı çeken insanları daha iyi anlıyorum hoşgörü kazandım,iyileşmek için sadaka veriyorum Dini inancım zayıfladı, ibadetler aksadı ; Namazdan soğudum, idrar kaçırdığım için abdest alamıyorum, Allah inancım azaldı beş yıldır beni görmüyor, ben hastaysam Allah yok o zaman, beni tanımasınlar diye camide namaz kılamıyorum evde kılıyorum, ibadetler aksadı, hocaya götürmeye kalktılar güldüm, her şey bedensel, iyice dalıp gitmeyeyim diye dini şeylerden uzak duruyorum İnsanlardan uzaklaştım, onlara sevgim azaldı ; Yalnızlık istiyorum, kızıma zarar vermektan korktuğum için eşimin yanına gönderdim-iş arkadaşlarımdan nefret ediyorum- istah ve zevk kalmadı- isteksizlik-ağırhık-kimseyle ilgilenemiyorum, sadece kendimle ilgilenebiliyorum-benimle görüşmek istemediklerinden insanlara olan sevgim azaldı-bana çaresiz bir hasta gibi davrandıkları için insanlara olan sevgim azaldı
Toplumun Ruhsal Hastalığa Bakışı
Anlamaya yardım etmeye çalışıyorlar; Genelde yardım ederler, normal bakılır, geçer diyorlar, manevi yardımda bulunuyorlar, anlamaya çalışırlar, psikolojik olarak bakılır, depresyon gibi, bazen iyi bakılır, ilgileniyorlar Dışlıyorlar ve acınacak zavallı biri olarak bakıyorlar; Sinirlenince kavga edince sen zaten kocanla da geçinemedin diyorlar yengem bana hayırsız çıktı diyor, çok iyi bakılmıyor, dalga geçiyorlar gibi geliyor, deli gözüyle bakılıyor, acınası ve zavallı görüyorlar, olmayan şeyleri görüyor diye düşünüyorlar, pek hoş değil, kültür yapısının çok evrimselleşmesi gerekli herhalde, eskiden kınıyorlardı çok sıradan bir şey oldu, toplumun geneli dışlıyor, toplum cahil, alaya alıyor, kaçıyorlar, deli yatağına alıyorlar gibi, hastaneye yattığımı söylemedim, memlekete gittim dedim hoş karşılamıyorlar
Gelecek Planları
İş, uğraşı, meslek, diploma, ve mal mülk sahibi olmak; Araba sahibi olmak, okumak, okulu bitirmek, üniversiteye gidip Kuran hocası olmak, meşguliyet iş bulmak(güven bunalımı var iş bulmak çok zor), işe girip para kazanmak, bir gün akşam eve elim kolum dolu gelmek eve bir şeyler almak, sanayi ve teknoloji bakanlığında çalışmak, emekli olabilmek, meslek sahibi olabilmek, bilgisayarla ilgilenmek, çok planım var en büyük engel maddiyat, futbolcu olmak, eşime ev ve araba almak, bahçeli küçük bir ev ve ekip biçmek, gezmek, kpss ye hazırlanmak , modern dans kursuna gitmek Aile kurmak ve aileyi geliştirmek; Çocuk sahibi olabilmek, eşimle beraber yaşayıp gitmek, çocuklarım okusun evlensin çocukları olsun, çocuğumu doktor yapmak, evlenip yuva kurmak, torunlarımla yaşamak, çocuğum ayrıldıktan sonra babasıyla büyüsun istiyorum Gelecek planı yok (6kişi) Diğer Sağlıklı olmak, yaşlanmamaya çalışmak, namaz kılmak, hayatta kimseyi kırmadan yaşamak.

Öz-Bakım Gücü Ölçeğini Kullanma İzni

Kime: nursen@istanbul.edu.tr

Çok teşekkür ederim.

Saygılarımla.

Date: Sun, 20 May 2012 14:01:05 +0300
From: nursen@istanbul.edu.tr
To: cesmi.siyah87@hotmail.com
Subject: Re: Öz-bakım Gücü Ölçeği

Sayın Taş,

Türkçe Öz-Bakım Ölçeği'ni araştırmalarınızda elbette kullanabilirsiniz. Ölçeğe ilişkin bazı dokümanlar ektedir.

Başarı dileklerle..

--
Prof.Dr. Nursen NAHCIVAN
İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
Şişli-İstanbul
Tel: 0-212-440 0000 (27058)
E-posta: nursen@istanbul.edu.tr
nahcivan@gmail.com

Kimden: "sultan taş" <cesmi.siyah87@hotmail.com>

Kime: nursen@istanbul.edu.tr

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.AKD.0.20.05.05/

07/08/2012

Konu:

KARAR

Kurulun Adı, Adresi

:Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ,
Dumlupınar Bulvarı Kampüsü
07070/ANTALYA

Toplantı Tarihi ve Karar No

: 07.08.2012/233

Araştırmanın tam Adı


:"Şizofreni Tedavisi Almış Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Öz-Bakım Güçlerinin Belirlenmesi"


Sorumlu araştırmacının ismi


: Prof.Dr. Kadriye BULDUKOĞLU


Sorumlu Araştırmacı Prof.Dr. Kadriye BULDUKOĞLU tarafından yürütülecek olan "Şizofreni Tedavisi Almış Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Öz-Bakım Güçlerinin Belirlenmesi" adlı çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığı kararı alınmıştır.

Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.



Prof.Dr. Şahin YAZAR
Başkan



Prof.Dr. Muzaffer SİNDEL
Başkan Yardımcısı

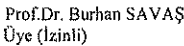

Öğr. Gör. Dr. M. Cumhur İZGİ
Raportör

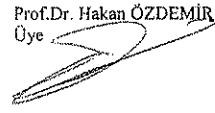

Prof.Dr. Şebhat GÖZÜM
Üye

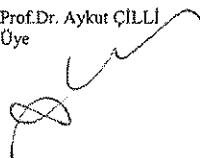

Prof.Dr. Cemil AYAYDIN
Üye



Prof.Dr. Metin ERKİLİÇ
Üye

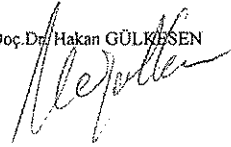

Prof.Dr. A. Gökhan ARSLAN
Üye


Prof.Dr. Burhan SAVAŞ
Üye (İznil)


Prof.Dr. Hakan ÖZDEMİR
Üye


Prof.Dr. Aykut ÇİLLİ
Üye


Doç. Dr. Aygen YILMAZ
Üye


Yrd. Doç. Dr. Hakan GÜLKİSEN
Üye



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık, Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)

Akdeniz Univ. Gazetesi Sayı: 10
19.04.2013 - 674

9000

Sayı : 84768725/PER-867
Konu : Çalışma yapılması

12/04/2013

ANTALYA SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE
(Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)

- İlgi: a) 19/03/2013 tarih ve 4897 sayılı Hastane cvrak kayıtlı dilekçe.
b) 09/04/2013 tarihli ve 52442241/2013.04.09/121 sayılı yazı.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Hemşire Sultan TAŞ'ın "Şizofreni Tedavisi Almış Bireylerin Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ve Öz-Bakım Güçlerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Hastanemiz Psikiyatri Kliniğinde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

Doç.Dr. Hüseyin KOÇAK
Başhekim V.

Eki: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.Başkanlığının ilgi (b) : - L.Ü. Egt.

Adres : Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 ANTALYA Ayrıntı
Tel : (242) 249 62 90 Faks : (242) 249 60 40
E-posta: hastanepersonel@akdeniz.edu.tr

(90) 242-249 60 00
Faks: (90) 242-227 44 90

Rev.No : 00

ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ ALMIŞ BİREYLERİN TABURCULUK SONRASI ERKEN DÖNEMDE HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE ÖZ-BAKIM GÜÇLERİNİN BELİRLENMESİ

Sayın Katılımcı,

Ben Sultan Taş. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Şizofreni hastalarının taburcu olduktan sonraki bakım gereksinimlerini ve öz-bakım gücünü belirlemek amacı ile bir çalışma yapmaktayım. Bu çalışmanın şizofreni hastalığı olan bireylere, ailelerine ve onlarla çalışan sağlık ekibi üyelerine yararlı olacağını düşünüyorum. Çalışmada sizden iki farklı soru kağıdını cevaplamanız istenmektedir. Bu soruları cevaplandırmak ortalama 30-40 dakikanızı alacaktır. Sizden alınan tüm bilgiler bir tez çalışması olan bu bilimsel araştırmada veri olarak kullanılacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmanız ve istediğiniz zaman araştırmadan çıkma hakkınız vardır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Hem. Sultan Taş

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Katılımcının İmzası:

BAKIM GEREKSİNİMLERİ BELİRLEME FORMU

A-KATILIMCI BİLGİLERİ

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz : Kadın Erkek
3. Eğitim Durumunuz: Okur-yazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite
4. Medeni Durumunuz: Evli Bekar Boşanmış/ ayrı
5. Mesleki Durumunuz: Ev Hanımı Öğrenci Çalışıyor
 Emekli İşsiz Diğer
6. Sosyal Güvenceniz: Yok Var
7. Çalışma Durumunuz: Çalışıyor (Süresi.....) Çalışmıyor
8. Size Göre Maddi Durumunuz Nasıldır? Düşük (Gelir giderden az)
 Orta (Gelir gidere eşit)
 İyi (Gelir giderden fazla)
9. Çocuğunuz var mı? Hayır Evet (Kaç Çocuk.....)
10. Sizin Bakımınıza Muhtaç Çocuğunuz Var mı? Hayır Evet. Açıklayınız....
11. Aile Tipi: Çekirdek Geniş
12. Birlikte yaşadığınız kişiler:
13. Hastalık başlangıç yaşıınız:
14. Şuan ki hastalığınızdan başka bir hastalığınız var mı? Yok Var. Açıklayınız.....
15. Şu anki hastalığınızdan dolayı kaç kez hastaneye yattınız?
 Bir kez17. Soruya geçiniz.
 İki ve daha fazla
16. Bundan önceki yatışlarınızın yer ve zamanı.....
17. Ailede ruhsal hastalığı olan başka biri var mı? Yok Var (Yazınız):.....

18. Şu anda kullandığınız ilaçlar nelerdir?.....

B- BAKIM GEREKSİNİMLERİ

I.DUYGUSAL BOYUT

I.a. Benlik Kavramı

19. Kendinizi bir cümleyle nasıl tanımlarsınız?

20. En çok beğendiğiniz yönleriniz nelerdir?

21. En az beğendiğiniz yönleriniz nelerdir?

22. Kendinizle ilgili değiştirmeyi düşündüğünüz bir yönünüz var mı? ()Hayır () Evet. Açıklayınız...

I.b. Problem Çözme ve Baş Etme

23. Problem ve güçlüklerinizi genellikle nasıl çözersiniz?

24. Problem ve güçlüklerinizle baş etmede nasıl bir yardıma ihtiyaç duyarsınız?

25. Problem ve güçlüklerinizi çözmeye kimlerden yardım alırsınız?

I.c. Bilgi Gereksinimi

26. Hastalığınızı nasıl tanımlarsınız?

27. Hastalığınız hakkında neleri bilmek istersiniz?

28. Taburculuk sonrası hangi bilgilere ihtiyaç duydunuz?

29. Bu ihtiyaçları nasıl ve kimden karşılamayı düşünüyorsunuz?

II. SOSYAL BOYUT

II.a. Rol ve İlişkiler

30. Hastalığınızdan dolayı aile içindeki rolleriniz etkilendi mi?

() Hayır () Evet (Açıklayınız).....

31. Hastalığınızdan dolayı eşinizle ilişkileriniz etkilendi mi?

() Hayır () Evet (Açıklayınız).....

32. Hastalığınızdan dolayı çocuklarınızla ilişkileriniz etkilendi mi?

() Hayır () Evet (Açıklayınız).....

33. Hastalığınızdan dolayı akrabalarınızla ilişkileriniz etkilendi mi?

() Hayır () Evet (Açıklayınız).....

34. Hastalığınızdan dolayı arkadaşlarınızla ilişkileriniz etkilendi mi?

() Hayır () Evet (Açıklayınız).....

35. Hastalığınızdan dolayı cinsel yaşamınız etkilendi mi?

() Hayır () Evet (Açıklayınız).....

II.b. Güvenli Çevre

36. Yaşadığınız ortamda kendinizi güvende hissediyor musunuz?

() Evet () Hayır (Açıklayınız).....

37. Kendinizi güvende hissetmek için neler yapıyorsunuz?

III. BİYOLOJİK BOYUT

III.a. Tedavi ve Bakım

38. İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği gibi kullanabiliyor musunuz?

() Evet () Hayır (Açıklayınız).....

39. İlaçlarınızı kullanırken ne tür sorunlarla karşılaşıyorsunuz?

40. İlaçlarınızı kullanırken karşılaştığınız sorunları nasıl çözüyorsunuz?

41. Hastalığınızın tedavisi için doktorunuzun önerisi dışında neler yapıyorsunuz?

42. Hastalığınızın tedavi ve bakımında ailenizden nasıl bir destek alıyorsunuz?

43. Hastalığınızın tedavi ve bakımında aileniz dışında başka birilerinden destek alıyor musunuz? () Hayır () Evet (Açıklayınız).....

III. b. Kendine Bakım

44. Günlük bakımınızı (yeme-içme, temizlik, boşaltım, egzersiz gibi) yapabiliyor musunuz?

() Evet () Hayır (Açıklayınız).....

45.Günlük bakımınızı (yeme-içme, temizlik, boşaltım, egzersiz gibi) yaparken ne tür sorunlarla karşılaşıyorsunuz?

46.Günlük bakımınızı (yeme-içme, temizlik, boşaltım, egzersiz gibi) yaparken karşılaştığınız sorunları nasıl çözüyorsunuz?

III.c. Uyku ve Dinlenme

47. Uyku alışkanlığınızda her hangi bir değişiklik var mı? ()Hayır ()Evet (Açıklayınız).....

48. Uyku alışkanlığınızda değişiklik olduysa sizce bunun nedenleri nelerdir?

49. Uyku durumunuzu düzenlemek için ne yaparsınız?

IV. SPİRİTÜEL/MANEVİ BOYUT

50. Size göre sağlıklı olmak nedir?

51. Yaşamınızda önemli kişi ya da kişiler kimlerdir?

52. Boş zamanlarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

53.Hastalığınız nedeni ile dini ve manevi uygulamalarınız etkilendi mi?

() Hayır () Evet Açıklayınız.....

54. İçinde yaşadığınız toplumda ruhsal hastalığa ve hastalara nasıl bakılır?

55. Geleceğinizle ilgili planlarınız nelerdir?

TEŞEKKÜR EDERİM

ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığımızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	()	()	()	()	()
2.Kendimi beğeniyorum.	()	()	()	()	()
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeteri enerjiye genellikle sahip değilim.	()	()	()	()	()
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	()	()	()	()	()
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	()	()	()	()	()
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	()	()	()	()	()
12.Dengeli beslenirim.	()	()	()	()	()
13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	()	()	()	()	()
14.Sağlığımın dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	()	()	()	()	()
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	()	()	()	()	()
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	()	()	()	()	()

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
17.Kararlarımı sonuna kadar uygulardım.	()	()	()	()	()
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	()	()	()	()	()
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulardım.	()	()	()	()	()
20.Kendimle dostum.	()	()	()	()	()
21.Kendime iyi bakarım.	()	()	()	()	()
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	()	()	()	()	()
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()	()
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	()	()	()	()	()
25.Yaşam bir zevktir.	()	()	()	()	()
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	()	()	()	()	()
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemeyiz ve geçmesini beklerim.	()	()	()	()	()
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	()	()	()	()	()
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	()	()	()	()	()
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	()	()	()	()	()
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	()	()	()	()	()