

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ KARŞILANMAYAN
İHTİYAÇLARI**

Sabri Sungu YAKIŞIR

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Yüksek Lisans Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ

2019

T.C.
KOCAELI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ KARŞILANMAYAN
İHTİYAÇLARI**

Sabri Sungu YAKIŞIR

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. MUSTAFA YILDIZ

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Ruhsal Travma Yüksek Lisans Programı için Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ

2019

KABUL ve ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

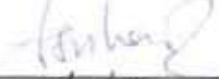


Tez Adı: Şizofreni Hastalarının Karşılanmayan İhtiyaçları

Tez yazarı: Sabri Sungu YAKIŞIR

Tez savunma tarihi:

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

Bu çalışma, sınav kurumumuz tarafından Ruhsal Travma Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVAN	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Prof. Dr. Arzuhan Bolat	
ÜYE (DANIŞMAN)	Prof. Dr. Mustafa Yıldız	
ÜYE	Dr. Öğretim Üyesi Nezmiye Gündüz	
ÜYE		
ÜYE		

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.... /.... /2019

Prof. Dr. Sema Aşkın KEÇELİ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Özet

Şizofreni Hastalarının Karşılanmayan İhtiyaçları

Amaç

Araştırmanın amacı; Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde tedavi gören şizofreni hastalarının ihtiyaçlarının ne kadarının karşılanmadığını saptamak ve karşılanmış ya da karşılanmamış ihtiyaçlarla, toplumsal işlevsellik, öznel iyileşme duygusu ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem

Derince ve Halidere Toplum Ruh Sağlığı merkezlerinde tedavi gören şizofreni tanısı almış 115 hastadan Demografik Bilgi Formu, Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ), Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖzİDÖ), Camberwell İhtiyaç Değerlendirme Kısa Ölçeği (CIDKÖ) kullanılarak veriler toplandı.

Bulgular

Şizofreni hastalarının ihtiyaçlarının toplam sayısı ortalama $14,39 \pm 3,75$ iken karşılanmayan ihtiyaçların ortalama sayısının $6,66 \pm 3,35$ olduğu görülmüştür. Karşılanan ihtiyaçların ortalama sayısı ise, $7,71 \pm 3,50$ olarak bulunmuştur. Karşılanmayan ihtiyaçlarının sayısının; hastalık başlangıç yaşı, TRSM geliş süresi, gelir, ÖzİDÖ ve TİDÖ toplam puanları ile negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği görüldü.

Sonuç

Şizofreni hastalarının ihtiyaçlarının ilaçla sınırlı olmadığı çok daha kapsamlı ihtiyaçlara sahip oldukları, kimi ihtiyaçlar karşılanırken kimi ihtiyaçların karşılanamadığı görüldü. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri gibi toplum temelli yaklaşımların artırılması ile şizofreni gibi süreğen hastalığa sahip bireylerin topluma katılımının artırılması ve ihtiyaçların sayısının azaltılması noktasında önemli olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Karşılanmayan İhtiyaçlar, İhtiyaç Analizi, Şizofreni

Abstract

Unmet Needs of Schizophrenia Patients

Objective

The aim of this study was to determine how much the needs of the schizophrenic patient treated at the Community Mental Health Center were met and to examine the relationship between social functioning, subjective recovery and socio-demographic variables.

Method

The data were collected by using Demographic Information Form, Social Functioning Assessment Scale (SFAS), Subjective Recovery Assessment Scale (SubRAS) and Camberwell Assessment of Needs (CAN) which were given to 115 schizophrenia patients in treatment centers in Derince and Halidere Community Mental Health Centers (CMHC).

Results

While the total number of total needs of schizophrenia patients was 14.39 ± 3.75 , the average number of unmet needs was 6.66 ± 3.35 . The average number of met needs was found to be as 7.71 ± 3.50 . The number of unmet needs showed significantly negative relationship with the age at on set of the disease, coming time to CMH and total scores of SFAS and SubRAS scales.

Conclusions

It was seen that the needs of schizophrenic patients were not limited to drugs, they had much more comprehensive needs, while some needs met, some of them could not be met. It will be important to increase community-based approaches like community mental health centers to increase the participation of individuals with chronic diseases like schizophrenia to the community and to reduce the number of needs.

Key Words: Unmet needs, Need Analyze, Schizophrenia

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca çok şeyler öğrendiğim, kendime örnek ve rehber aldığım, sabırla yardımları ve bilgi birikimi ile yolumu aydınlatan tez danışmanım sayın Prof. Dr. Mustafa YILDIZ 'a,

Bilgi birikiminden yararlandığımız derslerimize giren hocalarım Prof. Dr. A. Tamer AKER'e, Prof. Dr. Ümit TURAL'a, Prof. Dr. Ufuk SEZGIN'e, Prof. Dr. Bülent COŐKUN'a ve Doç. Dr. Aslıhan Özlem POLAT IŞIK'a

Değerli hocam Gizem AKCAN'a, Derince TRSM çalışanlarından başta sevgili arkadaşım Şeyda SARAY olmak üzere tüm çalışanlara, Halidere TRSM çalışanlarına, çalışmama katılan katılımcılara, yüksek lisansım boyunca paylaşımında bulunduğum sınıf arkadaşlarıma,

Kendimi şanslı hissetmeme neden olan varlığıyla hayatımı aydınlatan sevgili eşim'e. Evlatları olmaktan gurur duyduğum desteklerini hep yanımda hissettiğim değerlilerim annem ve babama. Canım kardeşim'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

..... / / 2019

Adı Soyadı

İmza

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ÖZET	IV
ABSTRACT	V
TEŞEKKÜR	VI
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BELGESİ	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
SİMGELER VE KISALTMALAR	X
ÇİZELGELER DİZELGESİ	XI
1.GİRİŞ	1
1.1. Şizofreni	1
1.2. Şizofreni Tanısı	1
1.3. Şizofreni Tarihçesi	3
1.4.Şizofreni Etiyolojisi	4
1.4.1. Genetik Yatkınlı	4
1.4.2. Moleküler Genetik Araştırmaları	5
1.4.3. Viral Enfeksiyonlar	5
1.4.4. Gebelik ve Doğum Komplikasyonları	5
1.4.5. Çevresel Etmenler	6
1.5. Şizofreni Epidemiyolojisi	7
1.5.1. Yaygınlık ve Sıklık	7
1.6. Şizofreni Seyri	7
1.7. Şizofreni ve İhtiyaç Kavramı	8
1.8. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi	11
1.9 Yeti Yitimi ve Aile Yükü	11
1.10. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri	13
1.11. Damgalanma	14
2. AMAÇ	15
3. YÖNTEM	16
3.1 Evren ve Örneklem	16
3.2 Kullanılacak Görüşme Araçları	16
3.2.1 Demografik Bilgi Formu	16
3.2.2. Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖZİDÖ)	16
3.2.3. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ)	17

3.2.4. Camberwell İhtiyaç Değerlendirme Kısa Ölçeği (CİDKÖ) (CAN)	17
3.3 Alınan Etik Kurulu Onayı	18
3.4 Verilerin Analizi	18
4.BULGULAR	19
5.TARTIŞMA	27
5.1 Sınırlılıklar	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	33
KAYNAKLAR	34
ÖZGEÇMİŞ	40
EKLER	41

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSM : Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders

ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

YY : Yüz Yıl

M.Ö. : Milattan Önce

M.S. : Milattan Sonra

TRSM : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TİDÖ : Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği

ÖzİDÖ : Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği

CİDKÖ : Camberwell İhtiyaç Değerlendirme Kısa Ölçeği

CAN : Camberwell Assessment of Need

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

ÇİZELGELER DİZELGESİ

Çizelge 4.1. Şizofreni Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Çizelge 4.2. Hastalara Ait Sayısal Değişkenler

Çizelge 4.3. İhtiyaçların Yüzdesi

Çizelge 4.4. İhtiyaç Ortalamaları

Çizelge 4.5. Karşılanan, Karşılanmayan ve İhtiyaçlarının Toplam Sayısının Demografik Değişkenler, TİDÖ ve ÖZİDÖ İle İlişkisi

Çizelge 4.6. Karşılanan İhtiyaçların, Karşılanmayan İhtiyaçların ve İhtiyaçların Toplam Sayısının; Cinsiyet, Medeni Durum ve Çalışma Durumuna göre T-Testi Sonuçları

Çizelge 4.7. Karşılanmayan, Karşılanan ve Toplam İhtiyaçların Yordayıcı Değişkenleri

1.GİRİŞ

1.1. Şizofreni

Şizofreni, hastaların gerçekte bağlantısının kaybolduğu, kişilerin hasta olduklarını veya tedaviye ihtiyaç duyduklarını reddettiği, psikotik bir bozukluktur (Howe 1995). Değişken ve ciddi derecede yıkıcı bir klinik sendromdur. Tüm toplum ve coğrafik alanlarda bulunabilen; davranışı, duyguyu, algıyı ve davranışın diğer yönlerini etkileyen, bu durumların hastalara ve zamana göre değişkenlik gösterdiği bir rahatsızlıktır. Yaygınlığı tüm dünyada eşittir ve dünya nüfusunun yüzde birine yakını etkilemektedir (Sadock ve diğ. 2007). Çoğunlukla gençlik yıllarında başlayan bu rahatsızlık; hastalığın gidişi ve sonlanışı bakımından kişiden kişiye farklılık gösteren, sebebi tam olarak bilinmeyen ve kişinin yetiyetimine sebep olan, kişinin ruhsal durumunun hemen tüm alanlarında belirti ve bulgular gösteren bir toplum sağlığı sorunu olarak belirtilmektedir. Davranışın bilişsel ve duygusal bozulmalarla değişkenlik gösterdiği, çoğu zaman sanrı, varsanı ve dağınık düşüncelerle devam eden, kronik ve çoğunlukla tekrarlarla devam eden bir bozukluktur. Genç yaşta başlamasından ve uzun süre devam etmesinden dolayı aileler üzerinde olumsuz etkilere sebep olduğu belirtilmiş ve damgalanma sebebi ile bireyin sosyal yaşantısını daha da zayıflattığı bildirilmiştir. Bunlara ek olarak duygu, düşünce ve davranış gibi kişinin önemli işlevlerini, kişiler arası ilişkilerini ve hayatını derinden etkilediği bilinmektedir (Sadock ve diğ. 2005). Ruhsal hastalıkların tanılanması için tüm dünyada Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM – 5 (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders) Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırması (APA 2013) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün ICD-10 (The ICD – 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders) Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması olmak üzere kullanılan iki çeşit kaynak bulunmaktadır (DSÖ 1992).

1.2. Şizofreni Tanısı

DSM- 5'e göre, şizofreni tanı ölçütleri şu şekilde sıralanmaktadır (APA 2013):

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar.

2. Varsanılar.

3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmasız konuşma).

4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatonik davranışı.

5. Silik (negatif) belirtiler duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama (avolisyon).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşik altı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da iki uçlu (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya

1) Açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğin (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da

2) Açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.

DSM-5 ve İCD-10 şizofreni tanılmasında bazı farklılıklar gösterirler. Tanılamada minimum süre açısından DSM-5 6 ay olarak İCD- 10 ise 1 ay olarak değerlendirmektedir. DSM-5 bu durumda şizofreniform adı altında ayrı kategori sunarken, İCD-10 ayrı bir kategori sunmaya gerek duymamıştır. Şizofreni alt tipleri olarak DSM-5 alt tiplere yer vermezken İCD-10'da ise post şizofrenik depresyon ve basit şizofreni yer almaktadır (APA 2013, DSÖ 1992).

1.3.Şizofreni Tarihiçesi:

Şizofreni hastalığı ile ilgili bilgilere tarihte ilk olarak milattan önce (M.Ö.) 15. yüzyılda (yy.) rastlanılmıştır. Eski Yunanda, milattan sonra (M.S.) birinci ve ikinci yy.'larda ise büyüklük ve kötülük görme sanrılarının olduğu bunlara ek olarak kişilikte yıkım ve işlevselliğin bozulduğunu gösteren ruhsal bozuklukların ifade edildiği kaynaklar bulunmaktadır (Köroğlu ve Güleç 2007).

Ortaçağ Avrupa'sında şeytana tutulmuş diye tabir edilen ruhsal hastalıkların önemli bir bölümünün şizofrenisi olan bireyler olduğu kuşkusuz olmakla birlikte Willis'in 17. yy.da, Pinel'in ise 18. yy.da şizofreniye ilişkin kaynakları bulunmaktadır. Ek olarak; 18. yy.ın başlarında ise İngiltere'de John Haslam ve George Man'ın tarif ettikleri ancak bir isim veremedikleri, gençlik çağında başlayan içe kapanma, düşünce bozukluğu ile giden iç kökenli bozukluğa dair kaynaklar, şizofreninin o dönemde az çok tanındığını gösteren bulgular olarak belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011).

Şizofreninin tanımlanmaya başlaması ise 1860'da Belçikalı ruh hekimi Morel'in "dementia praecox" (erken bunama) olarak yaptığı tanımla birlikte ilk kez adlandırılmıştır. Hecker 1871 yılında hebefreniyi tanımlamış ve Kahlbaum ise 1874 yılında katatoniyi tanımlamıştır. Bir Alman ruh hekimi olan Emil Kraepelin 1896 yılında paranoid ve basit tip tanımlarını belirterek genç yaşlarda başlayan, varsanı ve sanrılarının bulunduğu, bilişsel yıkıma yol açan durumları "erken bunama" (dementia praecox) başlığı altında toplayarak şizofreniye karşı yeni bakış açıları edinmemizi sağlamıştır. Ayrıca, Kraepelin "erken bunama" hastalığını bilişsel yıkımla gitmeyen manik depresif psikozdan ayırarak beyin bozulması ya da yozlaşması sonucu hastalığın oluştuğu, ruhsal belirtilerin organik değişikliklere ikincil olarak ortaya çıktığını belirtmiştir. İlk defa, 1911 yılında Eugen Bleuler isimli İsviçreli ruh hekimi bu hastalığa "akıl yarılması" anlamına gelen "schizophrenia" ismini vererek "dementia praecox" (erken bunama) teriminin yerine geçmesinin ilk adımını atmıştır ve zamanla "schizophrenia" (akıl yarılması) terimi "dementia praecox" terimi yerini alarak günümüze kadar bu isimle gelmiştir. Eugen Bleuler'agöre bu hastalıkta kişinin zihinsel işlevlerindeki yarıma, parçalanma daha önemliyen erken başlangıçlı olmasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığı belirtilmiştir (Öztürk ve Uluşahin 2011, Yıldız 2011, Köroğlu ve Güleç 2011).

Şizofreninin tarihsel gelişimine katkı veren diğer bir Alman ruh hekimi olan Kurt Schneiderdir. 1937 senesinde şizofreni için; düşüncelerin işitilmesi, düşünce çekilmesi, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, kişinin kendisi hakkında konuşan ve davranışları ile ilgili yorum yapan sesler duyması, düşüncenin, duyguların, dürtülerin,

davranışların başkalarına aitlermiş gibi ya da dışarıdan kontrol ediliyorlarmış gibi yaşantıların olduğu tuhaf (bizar) belirtiler olduğunu ifade ederek bugün ki tanılama sistemine önemli bir ışık tutmuştur (Yıldız 2011).

1.4. Şizofreni Etiyolojisi:

Şizofreninin heterojen bir etiyolojiye sahip olduğu ve bunun sebebinin; Şizofreni hastalığının oluşumunda pek çok faktörün etkisinin olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Yıldız 2011). Bu görüşe göre, şizofreni oluşumunda genetik yatkınlığın yanı sıra çevresel etmenler de önemli rol oynamaktadır (Sadock ve diğ. 2005).

1.4.1. Genetik Yatkınlık:

Ruhsal hastalıklar arasında şizofreni hastalığının en önemli risk faktörlerinden birinin genetik geçiş olduğu belirtilmektedir. Bu hastalıkta genetik faktörlerin etkisi aile, evlat edinme, ikiz çalışmaları ile görülmüştür (Jones ve Cannon 1998). Bu konu üzerine yapılan araştırmalarda, şizofreni tanısı almış kişilerin çocuklarında şizofreni hastalığının görülme ihtimalinin 10 kat daha artmış olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Crow 2000). Anne ya da babanın yalnızca birinin şizofreni tanısı almış olması durumunda, çocuklarda şizofreni tanısı alma riski %12,5-13,8, anne ve babanın birlikte şizofreni tanısı almış olması durumunda, çocuğunda şizofreni tanısı alma riskinin %35-46'ya yükseldiği görülmüştür; fakat anne ve babada hastalığın bulunmadığı ve kardeşlerden birinde şizofreni tanısı bulunması durumunda diğer kardeşlerde hastalanma riskinin %6,7-8,2 olduğu bildirilmiştir (Jones ve Cannon 1998). Tüm bunlara ek olarak, tek ve çift yumurta ikizlerinde ek hastalanmaya yönelik yapılan çalışmalarda, ek hastalanma oranlarının çift yumurta ikizlerinde %8-28, tek yumurta ikizlerinde ise %33-78 olduğu ifade edilmiştir (Köroğlu ve Güleç 2011). Tek yumurta ikizleri ile yapılan evlat edinme çalışmalarında ise, evlat edinilen tek yumurta ikizleri ile biyolojik anne, baba tarafından büyütülen ikizlerin aynı oranda hastalığa sahip olduğu görülmüştür bunun sonucunda ise genetik etkinin çevresel etkilerden daha kuvvetli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Jones ve Cannon 1998).

1.4.2. Moleküler Genetik Araştırmaları:

Bu alanda yapılan çalışmalarda; D₃ ve 5-HT_{2A} reseptörlerini kodlayan en az iki gen allelinin olmasının şizofreni yatkınlığını arttırdığı bulunmuştur; ancak, moleküler genetik çalışmaları bunun aksine, en az iki kuşak boyunca şizofreni gösteren ailelerde 5. kromozom üzerinde şizofreniye neden olabilecek bir lokusun bulunduğunu savunmaktadır. Yapılan araştırmalar sonucunda; Dysbindin (6p22), Neuregulin 1 (8p12), DISC 1 (1q42), COMT (22q11), DAOA(G72) /G30 (13q33) ve BDNF (11p13) genlerinde ve 1q, 2q, 5q,

6p, 8p,10p, 13q, 15q, 18q, 22q kromozomlarında normalin dışında durumlar görüldüğü belirtilmiştir (Köroğlu ve Güleç 2011, Craddock ve diğ. 2006).

1.4.3. Viral Enfeksiyonlar:

Viral enfeksiyonlar ile ilgili yapılan çalışmalarda; doğum mevsiminin şizofreni hastalığına yakalanma açısından bir risk faktörü olabileceği, doğum zamanı kış ayları ve erken bahar aylarına denk gelen bireylerde şizofreni hastalığına yakalanma riskinin arttığı; bunun sebebi olarak ise, kış mevsiminde doğmuş olmanın enfeksiyon hastalıklarına ve beslenme bozukluklarına sebep olabileceği ve hastalanma ihtimalini arttırabileceği görülmüştür (Murray ve Lewis 1987). Ek olarak, viral enfeksiyonların, nüfusun yüksek olduğu yerlerde daha hızlı yayılabilmesinden dolayı şehirlerde alınan şizofreni tanısının kırsal kesimlere oranla daha fazla görülmesinin sebebi olarak açıklanmaktadır. Ayrıca, sitomegalovirus ve HSV ailesindeki DNA virüslerinin de şizofreni etkeni olabileceği söylenmektedir (Köroğlu ve Güleç 2011).

1.4.4 Gebelik ve Doğum Komplikasyonları:

Gebelik ve doğum komplikasyonlarının diğer ruh hastalıklarına oranla şizofreni hastalığında daha fazla görüldüğü bulunmuştur (Salisbury ve diğ. 2007). Şizofreni hastalığında karşılaşılan komplikasyonlar üç grupta toplanmaktadır. Bunlar; gebelik komplikasyonları (kanama, diyabet, Rh uyuşmazlığı, preeklampsi), fetal gelişim bozuklukları (düşük doğum ağırlığı, doğumsal malformasyonlar, baş çevresinin kısa olması), doğum komplikasyonlarıdır (rahim atonisi, asfiksi, acil sezaryen girişimi). Beyinde bulunan bölgeler arasında oksijensiz kalmaya karşı en duyarlı olan bölgelerin limbik sistem, bazal ganglionlar ve serebral korteksin olması sebebiyle doğum sırası ve hamilelik sürecinde bebeğin oksijensiz kalmasının şizofreni hastalığına yakalanma riskini arttırabiliyor olabileceği ifade edilmektedir. Bunlara ek olarak; ceninin erken gelişim dönemlerinde oluşan enfeksiyon ve beslenme bozukluklarının da benzer rolü oynayabileceği belirtilmektedir (Köroğlu ve Güleç 2011).

1.4.5 Çevresel etmenler:

Yapılan bazı çalışmalarda şizofreni hastalarının %5-15'lik bölümünün kış mevsiminin sonunda ya da baharın ilk günlerinde dünyaya geldiği görülmekle birlikte doğum yerlerine bakıldığında ise pek çok çalışmanın sunduğu verilere göre şehirde doğanların kırsal kesimde doğanlara nazaran daha yüksek bir şizofreni riski altında oldukları görülmüştür (O'callaghan ve diğ. 1991). Risk faktörlerinden bir diğerinin ise toplumsal etkenler olduğunu gösteren çalışmalara göre; sanayi bölgeleri olan büyük şehirlerin düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip bölgelerinde şizofreni oranlarının yüksek

olduğu belirtilirken, sosyoekonomik koşullar ile morbidite (hastalık) arasında güçlü bir ilişki (korelasyon) bulunmuştur (Harvey ve diğ. 1996).

Bir görüşe göre; şizofreni hastalığı, her türlü sosyoekonomik ortamda ve kültürde görülebilmekle birlikte sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu bölgelerdeki enfeksiyon, doğum öncesi bakım ve yoksulluk gibi sorunlar şizofreni hastalığının yeni olgularının sayısı (insidans) ve prevalansını arttıran etkenler olabilirken, başka bir görüşe göre ise, bireylerin zamanla düşük sosyoekonomik sınıflara geçmesine ciddi ruhsal bozuklukların yol açtığı bildirilmiştir (Sadock ve diğ. 2005). Şizofreni tanısı almış bireylerle yapılmış olan görüşmelerde, bu tanı sınıfındaki kişilerin kötü yaşam olaylarıyla karşılaşma riskinin toplum ortalamasının üzerinde olduğu belirtilirken, kötü yaşam olaylarıyla karşılaşma, şizofreniye yol açmaktan ziyade hastalığa yatkınlığı olan kişilerde predispozan faktör olarak ortaya çıkar (Murray ve Lewis 1987). Şizofreni tanısına sahip kişilerin evlenme oranı toplum ortalamasının altındayken, yalnız yaşamının şizofreniye yatkınlığı artırdığı veya bu bireylerin hastalık sebebiyle evlenmekte zorluk çektiği ve daha sık boşandıkları belirtilmektedir (Köroğlu ve Güleç 2007).

1.5. Şizofreni Epidemiyolojisi:

1.5.1. Yaygınlık ve Sıklık

Yaygınlık, belirli bir zamanda veya ön görülen bir süreçte şizofreni vakalarının sayısı olarak tanımlanmaktadır ve nadir görülen bir hastalıktır. Ancak; kronik olma eğiliminde olduğu için, yaygınlık ve sıklık çalışmalarının insidans çalışmalarına göre daha kolay olması, anlamlı analiz için yeterli sayıda vaka biriktirmek için daha az tespit süresinin gerekli olmasını gerektirir (Muesser ve Jeste 2008).

Şizofreni her toplum ve her coğrafi bölgede görülen bir bozukluktur ve şizofreni sıklığının ve yaşam boyu yaygınlığının tüm dünyada eşit olduğu söylenebilir. Yaklaşık 50 yıllık bir süre boyunca dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan 70'den fazla yaygınlık çalışması incelendiğinde şizofreni bozukluğunun yaygınlığının yüzde 0,06 ile 1,7 arasında olduğu görülmüştür. Daha düşük oranlara ise gelişmekte olan ülkelerde rastlanmaktadır (Köroğlu ve Güleç 2007). Bunlara ek olarak, şizofreni bozukluğuna sahip olan bireylerin %80'inin ilk ataklarının 16 – 25 yaş aralığında görüldüğü bildirilmiştir (Howe 1995). Ayrıca, cinsiyet değişkeninin de şizofreninin yaşam boyu yaygınlığında önemli bir etkisinin bulunduğu da belirtilmiştir. Erkekler ile kadınlar arasındaki bu fark; erkek/kadın: 1,4/1 olarak hesaplanmıştır (McGrath 2004).

1.6. Şizofreni Seyri

Şizofreni hastalığının başlangıç dönemi öncesindeki belirtiler hastalığın ilk belirtileri olarak nitelendirilmektedir. Başlangıç sürecinde bunun fark edilmesi zordur ve geriye dönük bir değerlendirme yapıldığında anlaşılır (Köroğlu ve Güleç 2007). Bu dönemde hastalığın belirtileri ile alakalı net belirtiler olmasa da kişinin işlevselliğinde azalma görülmektedir. Yine bu dönemde en sık görülen belirtiler; ani sinirlenme, halsizlik, uyku düzeninde bozulma, dikkat toparlamada çekilen güçlük, sorumlulukları yerine getirememe, öz bakımın azalması olarak belirtilmektedir. Bu süreç genellikle 2 ile 5 yıl arasında sürerken zaman zaman birkaç hafta veya birkaç ay sürmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011).

Hastalığın ortaya çıktığı dönemde belirtiler bir anda ortaya çıkabilmekle birlikte, bazen sinsi bir şekilde ortaya çıktığına da rastlanmaktadır. Hastalığın başlangıcı ile devam eden 5 – 10 yıl arasında yaşanan alevlenmelerde pozitif belirtiler görülürken negatif belirtilerin arttığı ve zaman zaman yatışmaların olduğu süreçlerle hastalık seyrederek (Öztürk ve Uluşahin 2011). Hastalığın başlangıcından itibaren 5 yıl içinde hastalığın şekli, seyrinin nasıl olacağı hakkında bilgi verir (Köroğlu ve Güleç 2007). Bahsedilen süre içerisinde alevlenme ve işlevsellikte fazla bozulma olmadığının gözlemlendiği pek çok hasta vardır (Öztürk ve Uluşahin 2011). Şizofreni rahatsızlığına sahip kişilerin ortalama yaşam süresinin 10 yıl kadar kısa olduğu belirtilmektedir.

Hastalığın olumlu gidiş göstergeleri arasında; tedavinin erken başlanması ve düzenli sürdürülmesi, genetik faktörler arasında şizofreni bulunmaması, ailede duygudurum bozukluğunun olması, hastalığın geç başlaması, hastalık öncesinde toplum, iş ve cinsel yaşamında göreceli olarak iyi uyum, evli olma, yüksek zeka düzeyi, başlangıcın birden pozitif belirtilerle gelişmesi, sanrı ve varsanıların baskın olması, Kadın cinsiyetine sahip olma, alevli hastalık dönemlerinin az sayıda ve kısa süreli olması, hastalığın ortaya çıkmasında ağır çevresel zorlanma etkenlerinin olması, katatonik ve paranoid türler, kırsal kesimde yaşama, ailelerin sağaltım ekibi ile yakın işbirliği kurabilmesi gösterilirken olumsuz gidiş göstergeleri olarak; hastalığın erken yaşta başlaması, şizoid veya şizotipal kişiliğe sahip olma, belirtilerin sinsi ve yavaş ortaya çıkması, iyileşme durumlarının kısa olması, baskın negatif belirtiler ile düşünce ve davranışlarda dağınıklık belirtilerinin olması, ek hastalanma olması, ailede şizofreniye genetik yüklülüğün yüksek olması, aile ortamının bozuk olması, aile ve toplum içinde denge bozukluğu belirtilerinin ve duygu dışı vurumun yüksek olması ailenin ve çevrenin hastadan beklentilerinin yüksek ve aşırı baskılı olması gibi faktörler sayılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2011).

1.7. Şizofreni ve İhtiyaç Kavramı

İhtiyaç denildiğinde ilk akla gelen Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi modelidir. Bu modelde insan motivasyonu tanımlanarak insanların arzuları beş ayrı ihtiyaç hiyerarşisine ayrılmıştır ve bu piramit yapısı en alttan başlayarak üst seviyelere doğru ilerlemektedir. Bunlar; fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyaçları, ait olma ve sevgi ihtiyacı, saygı ihtiyacı, kendini gerçekleştirme ihtiyacıdır. Bu yapının insan davranışlarını belirleyen ihtiyaçların önceliğini temsil ettiği belirtilmektedir. Fiziksel ihtiyaçlar en alt seviyelerdeki ihtiyaçları temsil ederken sosyo-psikolojik ihtiyaçlar daha üst seviyelerdeki ihtiyaçları yansıtmaktadır. Bu modelde kişiler her bir seviyedeki ihtiyaçlarını karşıladıkça bir üst seviyeye ulaşmaktadırlar. İlk önce temel ihtiyaçlar olan fiziksel ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyacı ve sosyal ihtiyaçlar karşılanmalıdır ve diğer ihtiyaçlar bunlarla ilişkili olarak belirlenmektedir. Üst seviyedeki ihtiyaçların ilki güven ihtiyacıdır ve bu ihtiyaç da kendine güveni, kendine saygıyı ve başkalarına güveni kapsamaktadır. Yüksek seviyedeki ihtiyaçlardan ikincisi ise kendini gerçekleştirmedir ve bu ihtiyaç Maslow'a göre ancak alt seviyelerdeki temel ihtiyaçlar karşılandığında gerçekleşebilmektedir. Kendini gerçekleştirmeyi kişinin tüm potansiyelini kullanması ve kişisel gelişimi olarak tanımlanmaktadır. Ancak alt seviyelerdeki ihtiyaçlar karşılandığında diğer ihtiyaçlar aktif olmaktadır (Rakowski 1991).

Psikiyatride ihtiyaç kavramı, "sağlık hizmetlerinden bir şekilde yararlanabilme yeteneği" olarak tanımlanmaktadır (Stevens ve Gabbay 1991). Akıl hastanelerinden çıkartılarak topluma kazandırılmadan önce ağır şizofreniye sahip hastalar hastanelerde yatarak bakım gördüklerinden birçok ihtiyaçları kurum tarafından karşılanmaktaydı; ancak daha sonra toplumsal hizmetler ve aile bireyleri hastaların ihtiyaçlarının karşılanması konusunda görev almaya başlamıştır (Ochoa ve diğ. 2003). Pek çok Avrupa ülkesinde toplum ruh sağlığı alanında yapılan reformlar sonucu 1970'li yılların sonunda hastaların kurum dışına çıkarılması sürecine girilmiştir (Knapp M ve diğ. 2007). Bu süreçte amaçlanan, hastaneye yatış ihtiyacını ve kalış süresini, yatak sayısını azaltmak ve psikiyatri hastalarının topluma katılımını arttırmak olmuştur (Parkinson ve diğ. 2011). Dolayısıyla, şizofreni hastalarının kurum dışılaştırılması (deinstitutionalization) ile birlikte ihtiyaç değerlendirmesinin önemini artmaktadır (Popescu ve Micluția 2009).

Şizofreni hastalığına sahip olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılıklarla yüz yüze olduklarını ve bu bireylerin ihtiyaçlarının karmaşıklık gösterdiği bilinmektedir (Stevens ve Gabbay 1991). Bu ihtiyaçların sosyal ihtiyaçlar ve tedavi ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir ve ihtiyaçlar amaca yönelik ölçümlerle belirlenmektedir.

Ancak, bu konunun karışıklık gösterdiği düşünülmektedir (Kulhara ve diğ. 2010). Bu noktada bireyin ihtiyacına yönelik algısı önem göstermektedir. Bakım veren kişilerce ihtiyacın karşılandığı düşünülürken hasta birey tarafından bu algı aksi yönde olabilir. Yapılan bazı araştırmalarda, ihtiyaçlara yönelik personelin görüşleri ile hastaların görüşlerinin arasında farklılıklar olduğu ve personelin görüşlerinden ziyade hastaların görüşleri üzerinde durulması gerektiği belirtilmiştir (Hansson ve diğ. 2001).

Başka bir deyişle ruhsal engelli bireylerin işlevselliğinin artırılması ve kaliteli yaşam sürdürebilmeleri için çeşitli yardım ihtiyacı hissettikleri ifade edilebilir (Sayıl 2004). Bunun sebebinin, şizofreni tanısına sahip bireylerin günlük yaşantılarında karşılaştıkları kısıtlamalar olduğu belirtilmektedir (Popescu ve Micluția 2009). Bu bağlamda, şizofreni tanısı almış hastaların ve onların bakımını üstlenen kişilerin çok çeşitli klinik ve sosyal ihtiyaçları bulunmaktadır (Kulhara ve diğ. 2010). Bu ihtiyaçlar, Phelan ve diğ. (1995) yaptığı araştırmada; şizofreni hastalarının ihtiyaçları; barınma, beslenme, ev bakımı, özbakım, günlük uğraş, fiziksel sağlık, psikotik belirtiler, bilgi, psikolojik sıkıntılar, kendi güvenliği, diğerlerinin güvenliği, alkol ve uyuşturucu kullanımı, arkadaşlık, özel ilişki, cinsel hayat, çocuk bakımı, eğitim, telefon iletişimi, ulaşım, para ve kazanç alanlarını kapsamaktadır. En çok bildirilen ihtiyaç alanları; psikotik belirtiler, arkadaşlık ihtiyacı, beslenme ihtiyacı, hastalık ile ilgili bilgilendirilme ihtiyacı, günlük uğraş ihtiyacı, psikolojik sıkıntı ile baş etme ihtiyacı olarak sıralanmaktadır. Bu ihtiyaçların, sosyal bağımlılığı ya da yaşam kalitesini kabul edilebilir bir seviyede tutmak veya iyileştirmek için karşılanmasının zorunlu olduğu görülmektedir (Phelan ve diğ. 1995).

Karşılanmamış ihtiyaçların; genellikle yetersiz olanaklar, yüksek tedavi maliyeti, sağlık sigortasının yetersiz kalması, sigorta kapsamındaki değişiklikler ya da mevcut tedavilerden tatmin olmamaya bağlı olarak uygun olmayan tedavi yöntemlerine başvurma ya da tedavilerin devamlılığının sağlanamamasının sonucu olarak ortaya çıktığı belirtilmiştir (Mojtabai ve diğ. 2009). Bir araştırmada karşılanmamış ihtiyaçların günlük aktiviteleri, kurumları, yakın ilişkileri, hastalık hakkında bilgilendirilmeyi, ruhsal sıkıntı, fiziksel sağlığı ve psikotik semptomları içerdiği bulunmuştur (Kulhara ve diğ. 2010). Leese ve diğ. (1998) ise, hastaların çok fazla karşılanmamış ihtiyacının olmasının daha düşük hizmet tatmini ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Leese ve diğ. 1998). Bu çalışmanın sonucunu destekler şekilde karşılanmamış ihtiyaçlarla hizmet tatmini arasında belirgin bir ilişki olduğu bulunmuştur (Ruggeri ve diğ. 2003). Yüksek sayıda karşılanmamış ihtiyaçlara sahip olan bireylerin resmi psikiyatrik veya sosyal servislerden hizmet almadıkları, temel günlük ihtiyaçları için ailelerinden yardım aldıkları tespit edilmiştir (Popescu ve Micluția

2009). Bunun yanı sıra şizofreni hastalarının negatif semptomlarının kişisel ilişkiler, para yönetimi, eğitim yoksunluğu, kişisel bakım, güvenlik yönetimi, sağlık yönetimi, sosyal roller ve günlük aktiviteler gibi sosyalliğe yönelik ihtiyaçlarıyla ilişkili olduğu savunulmaktadır (Popescu ve Micluția 2009). Karşılanmamış ihtiyaçların sonucu olarak daha fazla psikopatoloji, kötü sosyal iletişim ağı ve hastaların kötü kişisel yaşam kaliteleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Ochoa ve diğ. 2003). Hastaların belirttiği karşılanmamış ihtiyaçların yüksek olmasının düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu savunulmaktadır ve karşılanmamış ihtiyaçların sayısını azaltmanın yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir (Slade ve diğ 2005).

Negatif duygulanım ve negatif belirtilerin pozitif duygulanım ve pozitif belirtilere oranla karşılanmamış ihtiyaçlarla daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur. Çünkü negatif duygulanım ve negatif belirtiler hasta yakınlarını daha çok evde bakım vermeye yönlendirmekte, hastalığın kronikliği ve bu belirtilerle ilişkili tedaviye direnç ailelerin kaynakları ile sınırlı kalmaktadır. Diğer yandan pozitif belirtiler ve davranışsal bozukluklar anında müdahale gerektirerek, hastaneye yatışın sağlanması ile beraber hasta yakınlarına rahatlama sağlamaktadır (Zahid ve Ohaeri 2013). Ayrıca, psikopatolojinin ciddiyeti ile ihtiyaç sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Kulhara ve diğ. 2010).

Demografik özellikler (cinsiyet, yaş, etnik köken), ikamet edilen yer, ekonomik faktörler (ailenin geliri, sağlık servislerine erişim), aile faktörleri (anne babaların psikopatolojisi, ailenin eğitim düzeyi, aile yapısı), akademik faktörler (okul derecesi), akıl sağlığı durumunun algılanış şekli ve akıl sağlığı servislerinin kullanılabilirliği ve akıl sağlığı servislerinin ulaşımındaki engeller gibi faktörlerin karşılanmamış ihtiyaçlar ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Flisher ve diğ. 1997). Bazı araştırmalarda, cinsiyet, yaş ve eğitim faktörleri ile ihtiyaçlar arasında belirgin bir ilişki olmadığı belirtilirken, kimilerinde ise erkek olma, işsizlik ve düşük eğitim düzeyi ile ihtiyaçlar arasında belirgin bir ilişki olduğu savunulmaktadır (Macpherson ve diğ. 2003). Madde bağımlılığı tedavisi de karşılanmamış bir ihtiyaç olarak yer almaktadır ve yapılan çalışmalarda alkol ve madde kullanım bozukluklarının da şizofreni ile ek hastalanma olarak görüldüğü bulunmuştur (Zahid ve Ohaeri 2013). Bunlara ek olarak, şizofreni hastalarında diğer insanlara oranla yaklaşık olarak iki kat fazla sigara kullanımı olduğu tespit edilmiştir (Üneri ve diğ. 2006). Şizofreni hastalarının yaklaşık olarak %62'sinin sigara kullandığı ve sigara yönetiminin karşılanmamış bir ihtiyaç olduğu da bilinmektedir (Mojtabai ve diğ. 2009). Bunların yanı sıra, şizofreni bozukluğunun yönetimi aile desteğine dayanmaktadır; ancak ailenin

üstlenmiş olduğu bakım veren konumundaki rolüne bağlı olarak yaşadığı psikolojik stres, bakım ve destek verme kabiliyetini olumsuz olarak etkilemektedir.

1.8. Şizofreni ve Yaşam Kalitesi

Dünya sağlık örgütü, yaşam kalitesini; kişilerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri kapsamında, standartları, kaygıları, hedefleri ve beklentilerine olan kişisel bakış açıları olarak tanımlanmaktadır (Skevington ve diğ. 2004). Yaşam kalitesinin ölçülmesinde, DSÖ yaşam kalitesi grubu, insanların yaşamlarından ne kadar memnun veya rahatsız olduklarını bilmenin önemli olduğunu düşünmektedir (WHO 1998).

Yaşam kalitesini etkileyen birçok faktör vardır. Kişinin bedensel durumu ve sağlığı etkileyebilirken, ruhsal durum, sosyal etkileşimler, kendi başına hareket edebilme, kendi sorumluluklarını alabilme (bağımsızlık) düzeyi, bireysel inanışlar, ayrıca; bireysel çevresiyle olan etkileşimin ve ilişkilerinden etkilendiği belirtilmektedir (Saxena ve Orley 1997). Bu kapsamda bakıldığında, kişisel olarak kendini iyi hissetme durumu, yaşam doyumu kavramları yaşam kalitesi kavramının öznel alanını, bağımsız yaşam, sosyal ilişkiler, üretkenlik kavramları ise nesnel boyutu oluşturmaktadır. Hastaların kurum dışılaştırılmasının (yatarak tedavi anlayışının terk edilmesi ve toplum içinde tedavi anlayışının gelişmesi) 1960'lı yıllarda başlaması ile beraber, yaşam kalitesi çalışmaları önem kazanmış ancak yeterince ilgi çekici olmamıştır. 1970 yılları ile birlikte toplum ruh sağlığı modelinin gelişmesi ile iki uçlu bozukluk, şizofreni gibi sürekli ve ciddi ruhsal bozukluklara sahip hastaların yaşam kalitelerinin ölçülmesi kapsamında ölçekler oluşturulmaya başlanmıştır (Soygür 2003).

Şizofreni hastalığının iyileşmesinin (gerek ilaç tedavisi gerekse iyileştirim programları) değerlendirilmesinde yaşam kalitesi ölçümleri önemli bir yer almakta ve araç olarak kullanılmaktadır. Bu hastalığın tedavisindeki ana amacın hastalığa özgü belirtilerin azaltılmasından ve tekrarların önlenmesinden daha ziyade yaşam kalitesinin en iyi haline çekilmesi olarak da ifade edilebilir (Katschnig 2000).

1.9. Yetiyitimi ve Aile Yüğü

Lieberman (2011), yetiyitimini toplumsal işlevselliğin, mesleki işlevselliğin ve işlevselliğin diğer alt başlıklarında bozulmaya yol açan durum olarak ifade etmiştir. Şizofrenide uyumsal işlevselliğinin ve rol işlevselliğinin belirgin derecede azaldığını; ayrıca, kendine bakımın, kişiler arası ilişkilerin ve iş başarısı için gerekli olan becerilerin çoğunlukla bozulduğuna dikkat çekilmektedir (Lieberman ve Corrigan 1993). Bireyin yetiyitimine sebep olan pek çok hastalık bulunmaktadır. Örneğin; üst solunum yolları enfeksiyonu da yeti yitimine sebep olabilirken şizofreni gibi ciddi ruhsal hastalıkların

kalıcı yetiyitimine sebep olduğu belirtilmektedir. Şizofreni hastalarında yetiyitiminin fazla olduğu alanlar olarak; anlama ve iletişim kurma, hareket etme ve bir yerden bir yere gitme, özbakım, insan ilişkileri, günlük yaşam etkinlikleri, toplumsal yaşama katılım alanlarının olduğu belirtilmektedir (Uluğ ve diğ. 2001). Yetiyitiminin; bedensel ve ruhsal engele bağı olarak görev ve ihtiyaçların bireyin kendisi tarafından yerine getirilmesi durumunda oluşan kısıtlılık olduğu, temel yaşam faaliyetlerini aksattığı, hukuki ve klinik yönlerden önemli olan bir durumu tanımladığı belirtilmektedir (Uluğ ve diğ. 2001, Druss ve diğ. 2000).

Şizofreninin maliyeti, ruhsal hastalıklar içinde oldukça fazla olduğu bilinmektedir. Hastaneye en çok yatış yapılan hastalar arasında şizofreni tanısına sahip bireylerin ilk sırada olduğu, toplam maliyet anlamında ikinci sırada yer aldığı belirtilmiştir (Yıldız 2011, Ulaş ve Tunca 2010, Yıldız ve Cerit 2006). Tüm bunlarla birlikte şizofreni tanısına sahip bireylerin yetiyitimi yaşadığı, sosyal işlevselliklerinin bozulduğu ve bunlara bağı olarak bu tanıya sahip bireylerin ailelerinin üzerindeki yükü arttırdığı düşünülmektedir (Koçak ve diğ. 2017). Şizofreni hastalarının ani, beklenmedik ve garip tepkiler vermesi ile birlikte her gün farklı sorunlarla karşılaştığını; ayrıca bakım verme sürecindeki aile içi sorunlar ve damgalanmanın yanı sıra duygusal engellenme, çevresel faktörlerden dolayı daha yalıtık yaşamaya yol açtığı görülmektedir. Şizofreni hastalarının bakımı sürecinde ailenin üzerine düşen görevlerin ve bu sürecin zor olduğu bilinmekle birlikte hasta ile ilgilenen ve bakımından sorumlu olan kişinin temel bakım veren kişi olarak nitelendirildiği görülmektedir (Arslantaş ve Adana 2011). Bu noktada, çoğunlukla kadın cinsiyetinin ve kadınların arasında ise en çok annelerin şizofrenide bakım veren rolünü üstlenmiş olduğu görülmektedir (Gülseren ve diğ. 2010).

Bakım sırasında memnuniyetin düşük seviyede olması sebebi ile aile içi çatışmalar, duygusal sorunlar ve yaşam kalitesinin düştüğü vurgulanmaktadır. Bakım süresinde hastanın aileye yükünün duygusal, psikososyal, fiziksel ve ekonomik koşullardan etkilendiği bu durumda suçlanma, utanç, suçluluk hissi gibi durumları etkilediği görülmüştür (Arslantaş ve Adana 2011). Kronik hastalıkların ailelerde psikolojik ve duygusal sıkıntı, fiziksel hastalık, ailenin parçalanması, sosyal ve cinsel ilişkilerde bozulma, sosyal aktivitelerin azalması ve ekonomik zorluklar yarattığı bildirilmiştir (Sales 2003).

Şizofreni tanısı almış hastaların bakım verenlerinde, bakım vermenin depresyon, kaygı, yas ve somatik yakınmaları içeren çok farklı olumsuz etkileri olduğunu savunmaktadır. Bakım yükü süresince aileler fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar ile karşı karşıya gelmektedirler. Ailelerin sosyoekonomik özellikleri ve yük

arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Bunlara ek olarak, yük ve hastaya ayrılan zaman, hastaların ruhsal durum ve davranış belirtileri, ailenin fonksiyonel ve ekonomik durumu arasında da ilişki olduğu tespit edilmiştir (Schene 1990, Schene 1998).

Psikotik hastalıklar hastalığın ilk aşamasında, başlangıcında, en çok akut dönemlerde hasta yakınları üzerinde sıkıntıya ve gerilime yol açtığı bilinmektedir. Hastaya verilen bakım sürecinde bakım verenler üzerinde aşırı rol yüklemesi olduğu belirtilmektedir. Sosyal kaynak yeterlilikleri, bakım veren kişinin problem çözme becerileri bakım verenin hastalıkla mücadele sürecini olumlu şekilde etkilediği belirtilmektedir (Arslantaş ve Adana 2011).

Bunlara ek olarak, genellikle kronik hastalıkların yoğun ve sıkı bakım takibi gerekliliği nedeniyle, ailedeki birincil bakım veren kişide daha gerilimli ve uzun dönemli bakım verme bağımlılığına neden olduğunu belirtilmektedir. Bu bağımlılık sonucu, ilk olarak aile üyelerinin birbirine harcadığı zamanın azaldığı ve kronik hastalığa sahip hastaya daha çok zaman ayrıldığı görülmektedir. İkinci olarak, çekirdek aile yapısının bakım ihtiyacını sağlamada aile üyelerinin sorunlarını arttırdığı dikkat çekmektedir. Üçüncü olarak, sağlık bakımındaki değişimler neticesinde kurum bakımından uzaklaşıldığı ve kronik hastalıkları olan bireylerin daha fazla topluma dönmesi sonucunda bakımın yönetiminin aileye kalmasının da bakım verenin yükünü arttırdığı savunulmaktadır (Sales 2003).

1.10. Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri

Yetiyetimine sebep olan ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan ilaç ve hastane tedavileri tek başına hastaların iyileşmelerine yeterli olmamaktadır. İlaç ve hastane tedavileri psikotik belirtilerin tedavisinde etkili olmasına rağmen toplumsal işlevsellik ve mesleki yeterlilik için yeterli olmadığı belirtilmektedir (Sayıl 2004). İlaç tedavilerinin pozitif belirtilerde etkili olduğu bilinmektedir. Sadece ilaç tedavisi uygulanan hastalarda negatif belirtilerin tedavisinde yetersiz kalındığı, hastaların yaşam kalitelerinin düşük olması ve ilaç kullanım devamlılığının sağlanamaması gibi sebeplerden ötürü toplum ruh sağlığı hizmetleri kapsamında psiko-sosyal tedavi girişimlerinin öneminin arttığı ve yalnızca ilaç tedavisine kıyasla daha etkili olduğu belirtilmektedir (Delice ve diğ. 2014). 1950 sonrasında Avrupa'daki psikiyatrik tedavi yaklaşımlarının değişmeye başlaması, hastane ve ilaç tedavilerini yanında psiko-sosyal yaklaşımlarının öneminin anlaşılması ve artması ile birlikte hastaların toplum içinde tedavi edilmeleri görüşü ortaya çıkmış ve bu doğrultuda büyük kapasiteli yataklı hastaneler kapatılmıştır (Ulaş 2008).

Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tedavi yaklaşımlarının toplum içinde tedaviye dönüşmesiyle birlikte toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde önemli adımlar atılmış, ruh sağlığı uzmanları, psikolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanları, iş uğraş terapistlerinin birlikte çalıştığı çalışma modelleri geliştirilmeye başlanmıştır (Yıldız 2011). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerde Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) önemli bir yere sahiptir. TRSM'ler; bölgelerin nüfusuna göre (150.000-250.000 arasındaki nüfusa sahip yerlerde) kurulurlar. Çok disiplinli çalışma prensibi doğrultusunda oluşturulan ekiplerce bağlı bulunulan bölgede yaşayan özellikle ciddi ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ya da kendi yaşam alanlarında gerekli görüldüğü takdirde ev ziyaretleri yapılarak gezici ekipler vasıtasıyla hastaların takip, tedavi ve iyileştirmelerinin sağlanarak topluma yeniden kazandırılmasını sağlayan birimlerdir. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinden yaralanan hastalar için kişiye özel belirlenen gereksinimlerine yönelik; bakım, fiziksel tedavi, ruhsal tedavi, sosyal, ekonomik, barınma ve iş alanlarındaki sorunlarının çözülmesi için gerekli adımlar atılarak kişilerin yeniden topluma kazandırılmaları amaçlanmaktadır (Ensari ve diğ. 2013).

1.11. Damgalanma

Kuşkusuz ki damgalanma ruhsal, zihinsel ve fiziksel engeli olan bireylerin sıklıkla karşılaştığı kötü yaşam olaylarının başını çekmektedir. Damgalanma davranışının kökeninde bilgisizlik ve korkunun yattığı; damgalanmanın küçümseme, reddetme, dışlama, tikslenme barındırdığı için toplumsal bir rahatsızlık olduğunu buna ek olarak da toplumsal ve kültürel bir sorun olduğunu belirtilmektedir (Yıldız 2011). Psikiyatrik bozukluklarla alakalı olumsuz durum, olay ve ifadelerle karşı karşıya gelmenin hastalık ile ilgili olumsuz düşüncelerin ve kendini damgalamanın doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir (Özten ve diğ. 2006). Hastaların damgalanma konusunda çekincelerinden dolayı sosyal yaşantılarında da izole bir yaşam tercih ettikleri belirtilmiştir (Madianos ve diğ. 2004).

Damgalanmanın ruhsal hastalıklar arasında sadece şizofreniye özgü bir kötü yaşam olayı olmadığı bilinmektedir. Ancak şizofreni hastalarının ruhsal hastalıklar arasında damgalanma ile daha çok karşılaştığı düşünülmektedir. Şizofreni hastalarının majör depresif bozukluğa sahip kişilere oranla daha fazla damgalandıkları belirtilmiştir (Yıldız ve diğ. 2012). Artan eğitim düzeyi ile birlikte kişilerin ruhsal bozukluklar ile ilgili olumsuz durum, olay ve ifadelerle karşı karşıya gelme durumlarının artış gösterdiği; fakat kendini damgalama ve hastalıklarla ilgili olumsuz düşünceler arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, bu doğrultuda damgalanmaya karşı mücadelede eğitim düzeyinin önemi belirtilmektedir (Özten ve diğ. 2006).

2. AMAÇ

Şizofreni hastalığının yetiyitimine sebep olduğu günümüzde bilinen bir gerçektir. Yetiyitiminin gerçekleştiği hastalıklarda, hastaların ihtiyaçlarını gidermekte sorunlar yaşadığı bilinmektedir. Şizofreninin gerek hasta ve yakınlarının geçirdiği süreç, yaşadığı zorluklar bakımından gerekse süregelen bir hastalık olması nedeniyle ve sürekli artan hasta sayısı bakımından Türkiye'deki hastalıkların arasında önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Bu hastalığa sahip bireylerin karşılanmamış ihtiyaçlarına yönelik doktora tezi olarak hazırlanan 2 araştırmanın bulunduğu ancak yayınlanmış bir araştırmanın olmadığı görülmektedir. Bu konu üzerinde yapılan ve yapılacak olan araştırmaların iyileşmeye giden yolda önemli bir ışık tutacağı düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada ilk amacımız; iki Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde tedavi gören şizofreni hastalarının ihtiyaçlarının ne kadarının karşılanmadığını saptamaktır.

İkinci amacımız ise; karşılanmış ya da karşılanmamış ihtiyaçlarla, toplumsal işlevsellik, öznel iyileşme duygusu ve sosyo – demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Bu çalışmada toplumdaki şizofreni hastalarına ulaşmanın zorluğundan dolayı Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine gelen hastaların ihtiyaçları incelendi.

3. YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Bu çalışmanın evrenini, Kocaeli ilinde yer alan Halıdere ve Derince TRSM merkezlerinden destek alan, DSM - 5'e göre şizofreni veya şizoafektif bozukluk tanıları almış olan, en az ilkokul düzeyinde eğitim görmüş, 18-65 yaş arası, soruları okuyup yanıtlayabilecek düzeyde okuma yazma bilen, beyin hasarı, alkol – madde bağımlılığı olmayan, rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturdu.

3.2. Kullanılacak Ölçme Araçları

Bu çalışmada ilk olarak araştırma hakkında bilgilendirme yapılarak, katılımcılara Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulca verilen onam belgesi verildi ve katılımcıların izinleri alındı. Sonra, araştırmacı tarafından geliştirilen, hakkında bilgi edinilen hastaya ait verileri içeren, uzman görüşü doğrultusunda çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanan Demografik Bilgi Formu kullanıldı. Ardından Toplumsal İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ), Özel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖZİDÖ), Camberwell İhtiyaçları Değerlendirme Kısa Ölçeği kısa formu (CİDKÖ) kullanılarak veriler toplandı.

3.2.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan hastalar hakkında bilgi edinilen ve hastaya ait verileri içeren bir formdur. Literatür gözden geçirilerek uzman görüşü doğrultusunda, çalışmanın amacına uygun olarak hazırlandı. İçeriğinde; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, tanı, tedavi gördüğü yer, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, toplum ruh sağlığı merkezine ne zamandan beri devam ettiği, toplam hastaneye yatış, son 6 ayki çalışma durumu, günlük sigara tüketimi, özkıyım girişimi, alkol – madde kullanımı, kişi başına düşen aylık gelir, ilaç tedavisine uyum bilgilerini içerir.

3.2.2. Özel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖZİDÖ)

Yıldız ve diğ. (2016) tarafından geliştirilmiş olan ölçek 17 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi bir ölçektir. 1 – 5 arasında puanlanarak doldurulmaktadır. Yüksek puanlar kişinin kendisini daha iyileşmiş olarak algıladığını gösterirken puan azaldıkça özel iyileşme algısının düştüğünü gösterir. Bu ölçek içinde; gelecek ile ilgili umut, ulaşmak istenilen hedefler, hedefleri gerçekleştirmeye inanma, yeni ilgi alanları, çevrede aile dışında güvenilebilecek kişilerin olması, çevreden yardım isteme, özgüven, zor durumlarla

başa çıkma, başkalarının kendisine olan güveni, aranan önemsenen biri olma, hastalığın tedavisi ile ilgili elinden geleni yapma, hastalık belirtileri ile başa çıkma, başka kişilerle olumlu ilişkiler kurabilme, kendini toplumun üyesi olarak görebilme, sosyal etkinliklere katılma, boş zamanlarını faydalı bir şekilde değerlendirme, beklenen görevleri yerine getirebilme maddelerini barındırır.

3.2.3. Toplumsal İşlevselliği Değerlendirme Ölçeği (TİDÖ)

Toplumsal İşlevselliği değerlendirme ölçeği (TİDO) özbakım, kişiler arası ilişkiler, bağımsız yaşam ve çalışma durumu olmak üzere 4 alt başlıktan ve 19 maddeden oluşmaktadır. 1 - 3 arasında puanlanarak doldurulmaktadır. Alınan puan yükseldikçe işlevsellik artmaktadır. El - yüz yıkama, diş fırçalama, banyo yapma, tırnak kesme, iç çamaşırı değiştirme, çorap değiştirme, kadınlar için cilt bakımı, makyaj yapma, kaş, bıyık alma, erkekler için sakal tıraşı olma, birlikte yaşadığı kişilerle maç, sinema, gezi, piknik, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığı, birlikte yaşadığı kişilerle duygu ya da sorunlarını paylaşma durumu, kafe/çay bahçesine gitme sıklığı, akrabalar dışındaki yakın arkadaş sayısı, arkadaşlarla birlikte piknik, gezi, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinlik yapma, spor amaçlı etkinlik yapma, gazete, dergi okuma, tek başına (yardımsız) evden çıkma, toplu taşıma araçlarını ya da özel aracını kullanma(yardımsız) sıklığı, ihtiyaca göre alışveriş yapma (yardımsız) durumu, gelire göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumu, Çalışma durumu (öğrenci ise derslere katılma, ev hanımı ise işlerle ilgili sorumlulukları) alanları ile ilgili soruları içerir.

3.2.4. Camberwell İhtiyaç Değerlendirme Kısa Ölçeği (CİDKÖ) (CAN)

Camberwell ihtiyaç değerlendirme ölçeği Phalen ve diğ. (1995) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de ilk olarak Sungur ve diğ. (2011) tarafından Türkçeye çevrilip, uyarlanarak kullanılmıştır. Bu çalışmada Camberwell İhtiyaç Değerlendirme Ölçeğinin (CİDKÖ) kısa formu kullanılmıştır. 22 alt başlıktan oluşan bir ölçektir. Barınma, Beslenme, Ev Bakımı, Özbakım, Günlük Aktivite, Fiziksel Sağlık, Psikotik Belirtiler, Tanı ile İlgili Bilgi, Tedavi, Ruhsal Sıkıntı, Kendi Güvenliği, Diğerlerinin Güvenliği, Alkol Kullanımı , Madde Kullanımı, Arkadaşlık İlişkileri, Özel İlişki, Cinsel İlişki, Çocuk Bakımı, Temel Eğitim, Telefon Kullanımı, Ulaşım, Engelli Kartı, Para, Kazanç, Psikoterapi, Rehabilitasyon Hizmetleri alt başlıklarını içinde barındırır. Bu ölçeğe; rehabilitasyon hizmetleri, psikoterapi, engelli kartı olmak üzere 3 madde daha eklenilmiştir. Şu anki hastalık durumu ve tedavi ile ilgili bilgi alt başlığı; tanı ile ilgili bilgi ve tedavi ile ilgili

bilgi olarak ikiye ayrılarak ölçek 26 maddeye çıkarılmıştır. Bu alanlardaki ihtiyacın ne kadar karşılandığını uzman, hasta ve / veya yakını tarafından verilen cevaplarla ölçülür.

3.3 Alınan Etik Kurul Onayı

Bu araştırma, Kocaeli Üniversitesinde etik kurul tarafından onay alınarak ve KOU KAEK 2013/96 protokol kodu ile yapıldı.

3.4. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.00 programı kullanıldı. İstatistikse anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edildi. İlk olarak, verilerin normal dağılım gösterip göstermediği analiz edildi ve verilerin normal dağılım gösterdiği görüldü. Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı istatistiklerden frekans, yüzde, ortalama ve standart sapmadan yararlanıldı. Şizofreni hastalarında karşılanmayan ihtiyaçlar, öznel iyileşme algısı ve işlevsellik seviyesi ile çeşitli demografik değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacı ile Pearson Kolerasyon analiz yöntemi kullanıldı. Ayrıca, şizofreni hastalarında karşılanmayan ihtiyaçların, öznel iyileşme algısının ve işlevsellik seviyesinin çeşitli demografik değişkenler açısından dağılımını incelemek için frekans analizi ve şizofreni hastalarında karşılanmayan ihtiyaçların, öznel iyileşme algısının ve işlevsellik seviyesinin birbirleriyle olan ilişkilerini incelemek için Pearson Kolerasyon analiz yöntemi kullanıldı. Karşılanmayan ihtiyaçların yordayıcı değişkenleri çoklu regresyon analizi ile incelendi.

4. BULGULAR

Bu çalışmada ilk olarak verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiş ve George ve Mallery (2010) tarafından belirtilen normallik varsayımına uygun olarak Skewness ve Kurtosis (çarpıklık ve basıklık) değerlerinin -2 - +2 aralığında yer aldıkları görülmüştür. Bu bağlamda, verilerin normal dağılım göstermesi nedeniyle verilerin analizinde parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Aşağıdaki tablo incelendiğinde katılımcıların %24,3'ünün kadın, %75,7'sinin erkek olduğu görülmektedir. Medeni durum açısından katılımcıların; %84,3'ü evli %15,7'si Bekar, tanı açısından; %93'ü Şizofreni, %7'si Şizoafektif tanısı aldığı, Tedavi gördüğü yer bakımından; %73,9'unun Derince TRSM,% 26,1'inin Halidere TRSM bünyesinde tedavi gördüğü, çalışma durumu açısından; son 6 ayda %16,5'inin çalıştığı, %85,2'sinin çalışmadığı, özkıyım girişimi açısından; %14,8'inin özkıyım girişiminin olduğu, %85,2'sinin özkıyım girişiminin olmadığı, alkol ve madde kullanımı açısından hastaların %9,6'sının alkol kullanımının olduğu, %90,4'ünün alkol kullanımının olmadığı, %1,7'sinin madde kullanımının olduğu, %98,3'ünün madde kullanımının olmadığı görüldü (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Şizofreni Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	28	24,3
	Erkek	87	75,7
Medeni Durumu	Evli	97	84,3
	Bekar	18	15,7
Tanı	Şizofreni	107	93
	Şizoafektif	8	7
Merkez	Derince TRSM	85	73,9
	Halidere TRSM	30	26,1
Çalışma Durumu	Çalışan	19	16,5
Özkıyım Girişimi	Var	17	14,8
Alkol kullanımı	Var	11	9,6
Madde kullanımı	Var	2	1,7

Çizelge 4.2. Hastalara Ait Sayısal Değişkenler

Özellikler	Sayı	Ortalama±SS (aralık)
Yaş	115	38,11±10,55(19-69)
Eğt. Sür.	115	9,34±3,19 (1-17)
Hast. Baş. Yaşı	115	22,83±7,88 (13-68)
TRSM Gel. Sür.	115	27,35±22,63 (0-72)
Top.Hast. Yat.	115	2,43±2,18 (0-10)
Hast. Sür.	115	15,00±8,69 (1-35)
Kişi Başına Gelir	115	855,88±504,41(200-2900)

Hastaların yaşlarının 19 – 69 yaşları aralığında değiştiği, ortalama hasta yaşının 38,11±10,55 olduğu görüldü (Çizelge 4.2).

Hastaların eğitim süresinin 1 – 17 yıl arasında değiştiği ve ortalama eğitim yılının 9,34±3,198 olduğu görüldü (Çizelge 4.2).

Hastalık başlangıç yaşının 13 – 68 yaş arasında değiştiği ve ortalama hastalık başlangıç yaşının 22.83±7.888 olduğu görüldü (Çizelge 4.2).

TRSM'ye geliş süresinin 0 – 72 ay arasında değiştiği ve ortalama TRSM'ye geliş süresinin 27,35±22,638 olduğu görüldü(Çizelge 4.2).

Hastaneye yatış sayısının 0 – 10 arasında değiştiği ve ortalama hastaneye yatış sayısının 2,43±2,185 olduğu görüldü (Çizelge 4.2).

Hastalık süresinin 1- 35 yıl arasında değiştiği ve ortalama hastalık süresinin 15,00±8,69 olduğu görüldü (Çizelge 4.2).

Kişi başına düşen gelirin 200 TL – 2900 TL arasında değiştiği ve ortalama kişi başına düşen gelirin 855,88±504,414 olduğu görüldü (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.3. İhtiyaçların Yüzdesi

	Sorun yok		Karşılanan İhtiyaç		Karşılanmayan İhtiyaç	
	N	%	N	%	N	%
Barınma	44	38,3	71	61,7	-	-
Beslenme	57	49,6	46	40	12	10,4
Evde Bakım	67	58,3	44	38,3	4	3,5
Özbakım	75	65,2	20	17,4	20	17,4
Günlük Aktivite	37	32,2	33	28,7	45	39,1
Fiziksel Sağlık	82	71,3	19	16,5	14	12,2
Psikotik Belirtiler	32	27,8	38	33	45	39,1
Tanı İle İlgili Bilgi	5	4,3	63	54,8	47	40,9
Tedavi	8	7	78	67,8	29	25,2
Ruhsal Sıkıntı	66	57,4	15	13	34	29,6
Kendi Güvenliği	99	86,1	6	5,2	9	7,8
Diğerlerinin Güvenliği	106	92,2	4	3,5	4	3,5
Alkol Kullanımı	109	94,8	2	1,7	4	3,5
Uyuşturucu Kullanımı	113	98,3	0	0	2	1,7
Arkadaşlık İlişkileri	22	19,1	41	35,7	52	45,2
Özel İlişki	8	7	9	7,8	98	85,2
Cinsel Yaşantı	15	13	5	4,3	95	82,6
Çocuk Bakımı	105	91,3	6	5,2	4	3,5
Temel Eğitim	60	52,2	23	20	32	27,8
Tel. Kul.	87	75,7	16	13,9	12	10,4
Ulaşım	83	72,2	17	14,8	15	13
Engelli Kartı	11	9,6	57	49,6	47	40,9
Para	17	14,8	76	66,1	22	19,1
Kazanç	16	13,9	51	44,3	48	41,7
Psikoterapi	2	1,7	69	60	44	38,3
Rehab. Hiz.	8	7	68	59,5	19	16,5

Düzenlenen frekans analizi sonucunda, şizofreni hastalarının barınma ihtiyaçlarının %61,7, beslenme ihtiyacının %40, ev bakımı ihtiyacının %38,3, öz bakım ihtiyacının %17,4, günlük aktivite ihtiyacının %28,7, fiziksel sağlık ihtiyacının %16,5, psikotik belirtiler ile ilişkili ihtiyacın %33, tedavi ihtiyacının %70, tanı ile ilgili bilgi ihtiyacının %54,8, ruhsal sıkıntı ile ilişkili ihtiyacının %13, kendi güvenliği ile ilişkili ihtiyacının %5,2, diğerlerinin güvenliği ile ilgili ihtiyacının %3,5, alkol kullanımı ihtiyacının %1,7, arkadaşlık ilişkileri ihtiyacının %35,7, özel ilişki ihtiyacının %7,8, cinsel yaşantı ihtiyacının %4,3, çocuk bakımı ihtiyacının %5,2, temel eğitim ihtiyacının %20, telefon kullanımı ihtiyacının %13,9, ulaşım ile ilgili ihtiyacının %14,8, engelli kartı ihtiyacının %49,6 para ihtiyacının %66,1, kazanç ihtiyacının %44,3, psikoterapi ihtiyacının %60, rehabilitasyon hizmeti ihtiyacının %76,5'inin karşılanan ihtiyaç olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.3).

Çalışmanın ikinci amacı ise; karşılanmış ya da karşılanmamış ihtiyaçlarla, toplumsal işlevsellik, öznel iyileşme duygusu ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu bağlamda katılımcılara, sosyo-demografik veri formu, toplumsal işlevselliği değerlendirme formu, öznel iyileşmeyi değerlendirme formu ve Camberwell ihtiyaç değerlendirme kısa ölçeği uygulanmıştır.

Çizelge 4.4. İhtiyaç Ortalamaları

Özellikler	Ortalama±SS (aralık)
Karşılanaan iht. Say.	7,71±3,50 (0-21)
Karşılanamayan iht. Say.	6,66±3,35 (0-15)
İhtiyaçların Top. Say.	14,39±3,75 (5-25)

Karşılanamayan ihtiyaçların sayısı 7,71±3,50, Karşılanamayan ihtiyaçların Sayısı 6,66±3,35, İhtiyaçların Toplam Sayısı 14,39±3,75 olduğu görüldü (Çizelge 4.4).

Çizelge 4.5. Karşılanan İhtiyaçların, Karşılanmayan İhtiyaçların ve İhtiyaçlarının Toplam Sayısının Demografik Değişkenler, TİDÖ ve ÖZİDÖ İle İlişkisi

	Karşılanan İht. Say.	Karşılanmayan İht. Say.	İht. Top. Sayı	Yaş	Eğitim	Hast. Baş. Yaşı	TRSM Gel. Sur.	Top. Hast. Yat.	Hast. Sur.	Gelir	ÖZİDÖ Top.	TİDÖ Top.
Karşılanan İht. Sayı	-	-0,39**	0,56**	-0,053	-0,082	,013	,314**	-,100	-,037	-,023	,169	,090
Karşılanmayan İht. Sayı	-0,39**	-	0,52**	-,121	-,123	-,209*	-,232**	,039	,002	-,268**	-,456**	-,502**
İht. Top. Sayı	0,56**	0,52**	-	-,168	-,205*	-,155	,080	-,059	-,061	-,245**	-,254**	-,366**
Yaş	-,053	-,121	-,168	-	-,180	,573**	,057	,112	,715**	,058	-,050	,006
Eğitim	-,082	-,123	-,205*	-,180	-	-,036	-,077	,018	-,117	,324**	,313**	,331**
Hast. Baş. Yaşı	,013	-,209*	-,155	,573**	-,036	-	-,045	-,017	-,088	,049	,082	,094
TRSM Gel. Sur.	,314**	-,232**	,080	,057	-,077	-,045	-	,199*	,113	,054	,105	,038
Top. Hast. Yat.	-,100	,039	-,059	,112	,018	-,017	-,199*	-	,153	,084	-,004	-,021
Hast. Sur.	-,037	-,002	-,061	,715**	-,117	-,088	,113	,153	-	,063	-,116	-,051
Gelir	-,023	-,268**	-,245**	,058	,324**	,049	,054	,084	,063	-	,261**	,362**
ÖZİDÖ Top.	,169	-,456**	-,254**	-,050	,313**	,082	,105	-,004	-,116	,261**	-	-,564**
TİDÖ Top.	,090	-,502**	-,366**	,006	,331**	,094	,038	-,021	-,051	,362**	-,564**	-

*p<0,05 **p<0,01

Karşılanan İhtiyaçların, Karşılanmayan İhtiyaçların ve İhtiyaçlarının Toplam Sayısının Demografik Değişkenler, TİDÖ ve ÖZİDÖ İle İlişisini incelemek için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre; Karşılanan ihtiyaçların sayısının TRSM'ye geliş süresi ile pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği görüldü (Çizelge 4.5)..

Karşılanmayan ihtiyaçlarının sayısının; hastalık başlangıç yaşı, TRSM geliş süresi, gelir, ÖZİDÖ, TİDÖ toplam puanları ve karşılanan ihtiyaçların sayısı ile negatif yönde, ihtiyaçların toplam sayısı ile pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği görüldü (Çizelge 4.5).

Karşılanan ihtiyaçların sayısı; karşılanmayan ihtiyaçların sayısı ve ihtiyaçların toplam sayısı ile anlamlı derecede korelasyon göstermektedir (Çizelge 4.5).

İhtiyaçların toplam sayısının; eğitim, gelir, ÖZİDÖ ve TİDÖ toplam puanları ile negatif yönde anlamlı ilişki gösterdiği görüldü (Çizelge 4.5).

Yaş ile hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresinin pozitif yönde, eğitim ile gelir ÖZİDÖ ve TİDÖ toplam puanlarının pozitif, TRSM geliş süresi ile toplam hastaneye yatış süresinin pozitif, gelir ile eğitim, ÖZİDÖ ve TİDÖ toplam puanlarının pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği görüldü (Çizelge 4.5).

TİDÖ; ÖZİDÖ, karşılanmayan ihtiyaçların sayısı ve ihtiyaçların toplam sayısı ile anlamlı derecede korelasyon göstermektedir(Çizelge 4.5).

ÖZİDÖ; TİDÖ, karşılanmayan ihtiyaçların sayısı ve ihtiyaçların toplam sayısı ile anlamlı derecede korelasyon göstermektedir (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.6. Karşılanan İhtiyaçların, Karşılanmayan İhtiyaçların ve İhtiyaçların Toplam Sayısının; Cinsiyet, Medeni Durum ve Çalışma Durumuna göre T-Testi Sonuçları

			Sayı	Ortalama±SS	t	df	p
Cinsiyet	Karşılanan İht. S.	Kadın	28	6.61±3.24	-1.94	113	0.05
		Erkek	87	8.07±3.52			
	Karşılanmayan İht. S.	Kadın	28	6.50±2.79	-0.32	57.10	0.74
		Erkek	87	6.71±3.53			
	İht. Top. S.	Kadın	28	13.36±3.66	-1.69	112	0.09
		Erkek	86	14.73±3.74			
Medeni Durum	Karşılanan İht. S.	Bekar	97	7.56±3.06	-0.77	19.14	0.44
		Evli	18	8.56±5.32			
	Karşılanmayan İht. S.	Bekar	97	6.91±3.41	1.84	113	0.06
		Evli	18	5.33±2.74			
	İht. Top. S.	Bekar	97	14.43±3.66	0.21	112	0.83
		Evli	18	14.22±4.31			
Çalışma Durumu	Karşılanan İht. S.	Çalışıyor	19	7.37±2.98	-4.68	113	.641
		Çalışmıyor	96	7.78±3.60			
	Karşılanmayan İht. S.	Çalışıyor	19	5.00±2.53	-2.41	113	.018
		Çalışmıyor	96	6.99±3.41			
	İht. Top. S.	Çalışıyor	19	12.32±3.72	-2.71	112	.008
		Çalışmıyor	95	14.81±3.63			
p* < 0.05			p** < 0.01				

Cinsiyet değişkeni açısından bireylerin karşılanmayan ihtiyaçlarının sayısı anlamlı derecede farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$). Cinsiyet değişkeni açısından bireylerin karşılanan ihtiyaçların sayısı anlamlı derecede farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Kadınların karşılanan ihtiyaçlarının sayısı (6.61) erkeklerden (8.07) daha azdır. Cinsiyet değişkeni açısından bireylerin ihtiyaçlarının toplam sayısı anlamlı derecede farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Medeni duruma göre bireylerin karşılanan ihtiyaçlarının sayısı, karşılanmayan ihtiyaçlarının sayısı ve ihtiyaçlarının toplam sayısı anlamlı derecede farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

Çalışma durumuna göre karşılanan ihtiyaçların sayısı anlamlı derecede farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$). Çalışma durumuna göre karşılanmayan ihtiyaçların sayısı anlamlı derecede farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$). Çalışma durumuna göre ihtiyaçların toplam sayısı anlamlı derecede farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Çalışmayanların ihtiyaçlarının toplam sayısı (14,81) çalışanlardan daha fazladır (12,32) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.7. Karşılanmayan, Karşılanan ve Toplam İhtiyaçların Yordayıcı Değişkenleri

	Değişkenler	B	Std. Error	β	t	p
Karşılanmayan İht.	(Sabit)	23,370	2,538	-	9,206	,000
	Cinsiyet	-1,071	,642	-,138	-1,668	,098
	Medeni	-1,411	,706	-,153	-1,999	,048
	TrsmGeliş	-,024	,011	-,161	-2,094	,039
	ozidotoplama	-,052	,019	-,246	-2,668	,009
	TİDOtoplam	-,195	,054	-,349	-3,624	,000
	HastBaşYaşı	-,077	,034	-,181	-2,265	,026
	Gelir	,000	,001	-,075	-,933	,353
Karşılanan İht.	(Sabit)	3,770	1,625	-	2,320	,022
	Cinsiyet	1,085	,732	,134	1,483	,141
	Medeni	,712	,858	,074	,830	,408
	TrsmGeliş	,044	,014	,287	3,168	,002
Top. İht	(Sabit)	22,247	3,171	-	7,016	,000
	Cinsiyet	,628	,797	,072	,789	,432
	Medeni	-,507	,943	-,049	-,537	,592
	OZİDOtoplam	-,012	,026	-,050	-,457	,649
	TİDOtoplam	-,160	,073	-,254	-2,186	,031
	Gelir	-,001	,001	-,116	-1,190	,237
	Eğitim	-,084	,118	-,072	-,717	,475

$P < 0.05$ $R = 0.34$ $R^2 = 0.12$ $F(3,111) = 5.13$ $p = 0.01$ $R = 0.63$ $R^2 = 0.40$ $F(7,107) = 10.40$ $p = 0.00$ $R = 0.40$ $R^2 = 0.16$ $F(6,107) = 3.43$ $p = 0.00$

Cinsiyet, medeni durum, TRSM geliş, ÖZİDÖ, TİDÖ, hastalık başlangıç yaşı ve gelir durumu, karşılanmayan ihtiyaçları anlamlı şekilde yordamaktadır. Bu değişkenler birlikte, karşılanmayan ihtiyaçlardaki varyansın% 40'ını açıklamaktadır.

Cinsiyet, medeni durum ve TRSM'ye geliş karşılanan ihtiyaçları anlamlı bir şekilde yordamaktadır. Bu değişkenler birlikte, karşılanan ihtiyaçlardaki varyansın %12'sini açıklamaktadır.

Cinsiyet, medeni durum, ÖZİDÖ, TİDÖ, gelir ve eğitim durumu toplam ihtiyaçları anlamlı bir şekilde yordamaktadır. Bu değişkenler birlikte, toplam ihtiyaçlardaki varyansın% 16'sını açıklamaktadır (Çizelge 4.7).

5.TARTIŞMA

Şizofreni, başlangıç yaşı yüksek oranda 25'ten önce olan, tüm sosyo-ekonomik sınıflarda görülebilen, ortaya çıkışı ve klinik görünümü pozitif, negatif, bilişsel ve duygulanımsal belirtilerle olan, genellikle süreğen bir hastalık olarak devam eden, bireylerin yaşamını etkileyen çok yönlü bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Klinberg ve diğ 2003).

Şizofreni hastaları ile yürütülen bu çalışmada ilk olarak, şizofreni hastalarının ihtiyaçlarının ne kadarının karşılanıp karşılanmadığını saptamak amaçlanmıştır. Çalışmanın ikinci amacı ise; karşılanmış ya da karşılanmamış ihtiyaçlarla, toplumsal işlevsellik, öznel iyileşme duygusu ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu bağlamda katılımcılara, sosyo-demografik veri formu, TİDÖ, ÖZİDÖ ve CİDKÖ verilmiştir.

Bu çalışmada; en sık karşılanan ihtiyacın rehabilitasyon ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir. Daha sonra sırasıyla, tedavi ihtiyacı, para ihtiyacı, barınma ihtiyacı, psikoterapi ihtiyacı, tanı ile ilgili bilgi ihtiyacı, engelli kartı ihtiyacı, kazanç ihtiyacı, beslenme ihtiyacı, ev bakımı ihtiyacı, arkadaşlık ilişkileri ihtiyacı, psikotik belirtiler ile ilgili ihtiyaç, günlük aktivite ihtiyacı, temel eğitim ihtiyacı, öz bakım fiziksel sağlık ihtiyacı, ulaşım ihtiyacı, telefon kullanımı ihtiyacı, ruhsal sıkıntı ile ilişkili ihtiyaç, özel ilişki ihtiyacı, kendi güvenliği ile ilişkili ihtiyaç, çocuk bakımı ihtiyacı, cinsel yaşantı ihtiyacı ile ilişkili ihtiyaç, diğerlerinin güvenliği, alkol kullanımına ilişkin ihtiyaç ve uyuşturucu ya da bağımlılık yapıcı ilaç kullanımı olarak belirlenmiştir.

Hansson ve diğ. (2003) tarafından düzenlenen çalışmada psikotik belirtiler, ev bakımı, günlük aktivite, beslenme ve para sırasıyla en sık karşılaşılan ihtiyaç alanları olarak tespit edilmiştir. Düzenlenen bir başka çalışmada ise sırasıyla psikotik belirtiler ev bakımı beslenme fiziksel sağlık, tedavi ile ilgili bilgi ve para en sık karşılaşılan ihtiyaç alanları olarak belirlenmiştir (Ochoa ve diğ. 2003). Bu çalışmada ise en sık karşılanan ihtiyacın rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı olduğu görülmüştür. Hastaların Rehabilitasyon Hizmetlerinden Yararlanmaya yönelik ihtiyaçlarının karşılanma yüzdesinin yüksek oluşunun nedeninin, TRSM'lerin amacının hastaların ihtiyaçlarını azaltıp yaşam kalitelerini arttırmak olmasından(Ensari ve diğ. 2013) ve bu çalışmanın katılımcılarının TRSM'de tedavi gören hastalardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Buna ek olarak, karşılanmayan ihtiyaçların sayısı; toplumsal işlevsellik, TRSM'ye geliş süresi, gelir düzeyi, öznel iyileşme değişkenleri ile negatif yönde ve anlamlı bir ilişki

göstermektedir. Gelir düzeyi yükseldikçe hastaların tedavi ihtiyaçlarından daha fazla yararlanabilmesi ve ihtiyaçlarını karşılama noktasında daha fazla imkana sahip olması olarak açıklanabileceği gibi benzer şekilde öznel iyileşme değerlendirme ve TRSM'ye geliş süresi yüksek olan hastaların karşılanmayan ihtiyaçlarının düşük olması da bu bakış açısıyla açıklanabilir. Karşılanan ihtiyaçların sayısı ise sadece TRSM'ye geliş süresi ile pozitif yönde anlamlı ilişki göstermektedir. TRSM'lerin amacının şizofreni gibi yetiyitimine sebep olan hastalıklara sahip bireylerin yaşam kalitesini yükselterek ihtiyaçlarının karşılanması olduğu düşünüldüğünde beklendiği gibi bir sonuçla karşılaştığımız ifade edilebilir. İhtiyaçların toplam sayısı, gelir düzeyi, öznel iyileşme ve toplumsal işlevsellik değişkenleri ile negatif yönde anlamlı ilişki göstermektedir. Bunların yanı sıra düzenlenen çalışmada, ihtiyaçların toplam sayısı ile toplumsal işlevsellik ve öznel iyileşme puanları arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Barlas (2010) sosyal işlevselliği, bireyin iş, ev, sosyal hayat ve haz aldığı aktivitelerindeki işlevsellik becerisi olarak tanımlamaktadır. Sosyal işlevsellik, hastanın kendine bakabilme, günlük faaliyetlerini sürdürebilme ve hastanın sosyal hayata uyum sağlayabilmesi için gereken tüm sosyal yetilerin kazanılması gerekliliği olmak üzere iki temel öğeden oluşmaktadır (Velligan ve diğ. 2000). Bu çalışmada elde edilen bulgulara paralel olarak Ochoa ve diğ. (2003) de, ciddi klinik belirtileri olan ve işlevselliği düşük olan bireylerin karşılanmayan ihtiyaçlarının daha fazla olduğunu savunmaktadır.

Bunların yanı sıra, yaşam kalitesi düşük olan bireylerin karşılanmayan ihtiyaçlarının sayısının daha fazla olduğu görülmüştür (Slade ve diğ. 1999). Liberman (2008), şizofreni hastalarında hastalık sürecinde meydana gelen klinik belirtilerin hastaların işlevselliğini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Hastalıkta ortaya çıkan pozitif ve negatif belirtilerle birlikte hastaların yaşadığı diğer sorunlar işlevselliklerinde düşüşe yol açmaktadır (Stuart ve Laraia 2001). Kendine bakım iş, meslek, akademik yaşam, aile içi ve kişiler arası iletişimde azalma ve sonrası ortaya çıkan ihmaller ve bunların sebep olduğu önemli sorunlar hastanın işlevselliğinde ortaya çıkan sorunlardır (Sayıl 2004). Bu bağlamda, düzenlenen çalışmada elde edilen bulguları destekler şekilde şizofreni hastalarının toplumsal işlevselliği ile karşılanmayan ihtiyaçları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu; yani şizofreni hastalarında işlevsellik düzeyi düştükçe karşılanmayan ihtiyaçların sayısının arttığı söylenebilir. Ayrıca yürütülen çalışmalarda, ciddi derecedeki psikotik semptomlar ve düşük düzeydeki işlevselliğin ihtiyaçların seviyesinin yüksek olması ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Grinshpoon ve Ponizovsky 2008).

Şizofreni hastalarının ihtiyaçlarının aileleri veya toplum ruh sağlığı merkezleri tarafından karşılandığı bilinmektedir. TRSM'ler, disiplinler arası çalışma prensibi doğrultusunda oluşturulan ekiplerce bağlı bulunulan bölgede yaşayan özellikle ciddi ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin merkezler ya da kendi yaşam alanlarında gerekli görüldüğü takdirde ev ziyaretleri yapılarak gezici ekipler vasıtasıyla hastaların takip, tedavi ve uyumlandırılmalarının sağlanarak topluma yeniden kazandırılmasını sağlayan birimler olarak tanımlanmaktadır (Ensari ve diğ. 2013). Toplum ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan hastalar için kişiye özel belirlenen gereksinimlerine yönelik; bakım, fiziksel tedavi, ruhsal tedavi, sosyal, ekonomik, barınma ve iş alanlarındaki sorunlarının çözülmesi için gerekli adımlar atılarak kişilerin yeniden topluma kazandırılmaları amaçlanmaktadır. Bu bağlamda araştırma bulgularına paralel olarak, TRSM'ye geliş süresi arttıkça hastaların karşılanmayan ihtiyaçlarının azalacağı söylenebilir.

Araştırma bulguları incelendiğinde gelir düzeyi ile karşılanmayan ihtiyaçların sayısı ile negatif yönde ilişki gösterdiği; yani gelir düzeyi düştükçe karşılanmayan ihtiyaçların sayısının arttığı görülmektedir. Cosgrave ve diğ. (2008) tarafından düzenlenen çalışmada da, düşük gelir düzeyi nedeniyle bireylerin tedavi seçeneklerinin azaldığı bulunmuştur. Ayrıca, düşük gelir seviyesinin özel sağlık sistemlerine erişim açısından sıkıntı yarattığı bilinmektedir (Booth ve diğ. 2004). Çalışan şizofreni hastalarının gelirlerinin olması ve elde ettikleri gelirin karşılanmayan ihtiyaçlardan biri olan para ihtiyacını azaltmaktadır (Aneshensel ve Phelan 1999).

Araştırma bulgularından bir diğeri de, öznel iyileşme ile karşılanmayan ihtiyaçların sayısı arasında negatif yönde bir ilişki olduğudur. Hastaların öznel iyileşme düzeyi arttıkça karşılanmayan ihtiyaçlarının sayısının azaldığı söylenebilir. Buna paralel olarak Lloyd, King ve Moore (2010) tarafından yürütülen çalışmada da, öznel iyileşme ölçeğinden alınan yüksek puanların topluma katılımın ve karşılanan ihtiyaçların yüksek oluşu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Liberman ve Kopelowicz (2005), öznel iyileşmenin en önemli kriterinin bireylerin ihtiyaçlarını yardım almadan karşılayabilmesi olduğunu belirtmektedir. Bu durum yaptığımız çalışmada olduğu gibi öznel iyileşme puanı arttıkça karşılanmayan ihtiyaçların azalmasını destekler niteliktedir.

Karşılanmayan ihtiyaçların sayısı medeni durum açısından anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Bekar bireylerin karşılanmayan ihtiyaçlarının sayısının evli bireylerden daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak Uygur (2013) ve Zahid ve Ohaeri (2012) düzenledikleri çalışmalarda, hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısının medeni durum değişkeni açısından anlamlı farklılık göstermediğini belirtmektedir.

Karşılanmayan ihtiyaçların ve karşılanan ihtiyaçların sayısı çalışma durumuna göre farklılık göstermemektedir. Çalışma durumuna göre ihtiyaçların toplam sayısı anlamli derecede farklılık göstermektedir. Çalışmayanların ihtiyaçlarının toplam sayısı çalışanlardan daha fazladır. Benzer şekilde düzenlenen çalışmalarda; çalışma durumunun bireylerin sosyal iletişim ağlarını genişleterek sosyal desteklerini arttırmaktadır. Ayrıca, çalışma durumunun yaşam doyumunu ve sosyal ilişkileri arttırdığı bulunmuştur (Rüesch ve diğ. 2004). Bu doğrultuda, şizofreni hastalarında çalışma durumunun varlığının ihtiyaçlarda azalma sağladığı ve gelirin artması açısından önemli olduğu düşünülebilir. Çalışmayan hastaların toplam ihtiyaçları daha fazla olduğu görüldü

Araştırma bulguları incelendiğinde, eğitim ve gelir düzeyi değişkenleri ile ÖZİDO ve TİDO toplam puanları arasında pozitif yönde anlamli bir ilişki olduğu görülmektedir. Bunlara ek olarak, TİDO ile ÖZİDO arasında anlamli bir ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca, ÖZİDÖ, TİDÖ ve gelir değişkenleri toplam ihtiyaçların sayısı ile anlamli bir ilişki göstermektedir. Katılımcıların ÖZİDO ve TİDO puanları ve gelir düzeyi arttıkça ihtiyaçlarının toplam sayısının azaldığı görülmektedir.

Şizofreni hastalarının genellikle yetersiz olanaklar, yüksek tedavi maliyeti, sağlık sigortasının yetersiz kalması, sigorta kapsamındaki değişiklikler ya da mevcut tedavilerden tatmin olmamaya bağlı olarak uygun olmayan tedavi yöntemlerine başvurma ya da tedavilerin devamlılığının sağlanamamasından kaynaklı sıkıntılar yaşadıkları görülmektedir (Mojtabai ve diğ. 2009). Bu doğrultuda, gelir düzeyinin artması sağlık hizmetlerinden daha kolay faydalanma imkanı sağladığı gelir düzeyi yüksek olan hastaların öznel iyileşmelerini daha yüksek olacağı düşünülebilir. Ancak, Kukla ve diğ. (2013) tarafından düzenlenen çalışmada, katılımcıların İyileşme Değerlendirme Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile eğitim durumu arasında anlamli bir ilişki bulunamamıştır.

Velligan ve diğ. (2000) sosyal işlevselliği, hastanın kendine bakabilme, günlük faaliyetlerini sürdürebilme ve hastanın sosyal hayata uyum sağlayabilmesi için gereken tüm sosyal yetilerin kazanılması olarak tanımlamaktadır. Öznel iyileşmenin ise en önemli kriterinin bireylerin ihtiyaçlarını yardım almadan karşılayabilmesi olduğu (Lieberman ve Kopelowicz 2005) belirtilmekte ve sosyal işlevsellik ile öznel iyileşmenin birbiri ile oldukça ilişkili kavramlar oldukları dikkat çekmektedir. Bu doğrultuda, araştırma bulgularını destekler şekilde, öznel iyileşme düzeyleri yüksek olan, yani kendi ihtiyaçlarını kendisi karşılayabilen bireylerin işlevsellik düzeylerinin de yüksek olacağı söylenebilir (Velligan ve diğ. 2000).

Düzenlenen çalışmalarda, sosyal işlevselliğin eğitim, iş sahibi olma, sosyal destek gibi çeşitli çevresel etmenlerden etkilendiği bulunmuştur (Mueser ve diğ. 1998, McDonald ve Badger 2002). Bunlara ek olarak birçok çalışma, eğitim düzeyinin sosyal işlevsellikle ilişkili olduğu bulgusunu desteklemektedir (Harvey ve diğ 2006, Erol ve diğ. 2009).

Bu çalışmada; cinsiyet, medeni durum, TRSM geliş, ÖZİDÖ, TİDÖ, hastalık başlangıç yaşı ve gelir durumunun, karşılanmayan ihtiyaçları anlamlı şekilde yordadığı görüldü. Cinsiyet, medeni durum ve TRSM'ye gelişin karşılanan ihtiyaçları anlamlı bir şekilde yordadığı görüldü. Cinsiyet, medeni durum, ÖZİDÖ, TİDÖ, gelir ve eğitim durumunun toplam ihtiyaçları anlamlı bir şekilde yordadığı görüldü. Bu bulguları destekler şekilde bazı çalışmalarda ihtiyaçların toplam sayısının, cinsiyet değişkeni tarafından yordandığı görülürken (Uykur 2013, Slade ve diğ. 1999) bazı çalışmalarda ise cinsiyet faktörünün, yordayıcı faktör olduğu sonucuna ulaşılmamıştır (Hansson ve diğ. 2003, Ochoa ve diğ. 2003).

Şizofreni hastalarının ihtiyaçlarının toplam sayısı ortalama 14.39 iken karşılanmayan ihtiyaçların ortalama sayısının 6.66 olduğu görülmüştür. Karşılanan ihtiyaçların ortalama sayısı ise, 7,71 olarak bulunmuştur. Uykur (2013) tarafından yapılan araştırmanın sonucuna göre ortalama ihtiyaçların sayısının hastalara göre 6, bakım verenlere göre 6 olduğu belirtilmiştir. Benzer bir şekilde Ochoa ve diğ. (2003) yaptığı çalışmada, ortalama ihtiyaçlarının sayısını bakım verenler 6.6, hastalar ise 5.36 olarak bildirmiştir. Hensel ve diğ. (2016) düzenledikleri çalışmada, hastaların karşılanmayan ihtiyaçların ortalama sayısını 2.62 olarak belirlemiştir. Bir başka çalışmada ise, ihtiyaçlarının ortalama sayısını 8.12; karşılanmayan ihtiyaçların sayısını 5.69; karşılanan ihtiyaçların sayısı ise 2.43 olarak bulunmuştur (Kulhara ve diğ. 2010). Romanya'da yapılan araştırmada; ihtiyaçların toplam sayısı 5.81, karşılanmayan ihtiyaçların sayısı 3.91 olarak bulunmuş; ayrıca, İngiltere ve Kuzey ülkelerinde yapılan araştırmalarda bu sonucu destekler şekilde sonuçlara ulaşılmıştır (Popescu ve Micluția 2009, Hansson ve diğ 2003, Slade ve diğ. 1999).

5.1 Sınırlılıklar

Diğer çalışmalardan farklı olarak düzenlenen bu çalışmada şizofreni hastalarının ortalama ihtiyaçlarının ve karşılanmayan ihtiyaçlarının sayısının daha fazla olduğu görüldü. Bunun nedeninin, ölçüğe araştırmacılar tarafından eklenen 3 madde ve maddelerden birinin ikiye bölünmüş olmasının sebep olduğu düşünülmektedir. Çünkü eklenen engelli kartı, psikoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine ilişkin maddelerin direk şizofreni hastalarının ihtiyacı olduğu düşünüldüğünde verilen cevapların sorun yok olamayacağı, ya karşılanan ya da karşılanmayan ihtiyaçlar olacağından ihtiyaç sayısının artmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Bölgesel olarak karşılaşılan sorunlarında ihtiyaç sayısını yükselttiği belirtilebilir. Halidere TRSM'de yapılan görüşmelerde hastaların ücretsiz ulaşım kartlarının bulunmasına rağmen bölgeki halk otobüslerinde yolculuk etmelerine mani tutumlarla karşılaştıkları bu sebeple ulaşım ihtiyaçlarında engelli kartlarının kullanımının mümkün olmadığı ve bununda karşılanmayan ve toplam ihtiyaç sayısını yükselttiği düşünülmektedir. Ek olarak, yapılan araştırmalarda uzmanlar tarafından belirlenen ihtiyaç sayılarının hastalara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ihtiyaçlar hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda uzman görüşü doğrultusunda doldurulmuştur. Bu durumun da bulunan ihtiyaç sayısını arttırdığı düşünülmektedir. Yaptığımız araştırmada katılımcıların cinsiyeti 28 kadın 87 erkek olarak dağılmıştı. Cinsiyetin bu şekilde dağılması sebebi ile evreni tam anlamıyla temsil etmediği söylenebilir. Bunlara ek olarak; Daha fazla hasta sayısı ile yapılan araştırmaların daha iyi sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ruh sağlığı uzmanları Şizofreni hastalığının tedavisini çoğunlukla ilaç ihtiyacını karŐılamak üzere planlamaktadır. Oysaki Şizofreni hastalarının ihtiyaçlarının çok daha kapsamlı olduğu son yıllarda yapılan araŐtırmalarla görülmüştür.

Sonuçlar;

- 1- Karşılanmayan ihtiyaçlarının sayısının; hastalık başlangıç yaşı ile negatif yöne anlamlı ilişki gösterdiği sonucuna ulaŐıldı.
- 2- Çalışmayan Şizofreni hastalarının ihtiyaçlarının toplam sayısının alıŐan Şizofreni hastalarına oranla daha fazla olduğu görüldü.
- 3- Gelir durumunun karşılanmayan ihtiyaçları anlamlı Şekilde yordadığı görüldü.
- 4- Hastaların TRSM'ye geliş sürelerinin karşılanmayan ihtiyaçları anlamlı Şekilde yordadığı görüldü.

neriler;

- 1- Çalışma sadece Kocaeli ilinde yürütülmüŐtür. Türkiye'nin farklı illerindeki katılımcılarla yapılacak olan çalıŐmalar ile kültür açısından Şizofreni hastalarının karşılanmayan ihtiyaçları deđiŐiklik gösterilebilir.
- 2- Hastaların TRSM'lere ulaŐımı noktasında karŐılarına çıkan engellerin ortadan kaldırılması ile hastaların TRSM'lere katılımının arttırılmasının olumlu bir adım olacağı düşünülmektedir.
- 3- Tedavi noktasında hastaların karşılanmayan ihtiyaçlarının azaltılması için yapılan ya da yapılacak olan çalıŐmalarla bireylerin daha yaŐanabilir bir hayat sürmeleri ve hak ettikleri standartları yakalamaları sağlanabilir. Bu kapsamda TRSM'lerin sayılarının arttırılarak ve imkanlarının geniŐletilerek daha iyi sonuçlar alınabileceğini düşünülmektedir.
- 4- Şizofreni hastalarına sağlanacak istihdamlarla hastaların gelirlerinin arttırılabileceği, ekonomik sebeplerle ulaŐamadıkları tedavi yöntemlerine ulaŐabileceđi gibi ihtiyaç sayılarının düŐürülebileceđi sonucuna varılabilir. Bu kapsamda korumalı iş yerlerinin yaygınlaŐması ve bunun sosyal belediyecilik kapsamında devlet desteği yapılması halinde olumlu sonuçlar alınabileceği dŐnlmektedir.

KAYNAKLAR

- Amaddeo F, Becker T, Fioritti A ve diğ. Reforms in community care: the balance between hospital and community-based mental health care . Knapp M, McDavid D, Mossialos E, Thornicroft G (ed) Mental health policy and practice across europe: the future direction of mental health care. Open University Press, New York, 2007.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, American Psychiatric Association, 5th edition (DSM - V), Washington DC, 2013.
- Aneshensel C S, Phelan JC (ed) Handbook of The Sociology of Mental Health. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 1999.
- Aslantaş H, Adana F. Şizofreninin Bakım Verenlere Yüklü (The Burden of Schizophrenia on Caregivers). *Current Approaches in Psychiatry*. 2011; 3(2): 251-277.
- Barderstein K K, McGlashan T H. Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders: a review. *Schizophr Res*. 1990; 3(3):159:172.
- Barlas G Ü, Işıl Ö. Kronik şizofren hastalarda psikososyal beceri eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; 2: 112-117.
- Booth M L, Bernard D, Quine S ve diğ. Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution. *J Adolesc Health*. 2004;34(1): 97-103.
- Cosgrave M E, Yung A R, Killackey E J ve diğ. Met and unmet need in youth mental health. . *J Mental Health*. 2008;17(6):618– 628.
- Craddock N., O'Donovan MC, Owen MJ. Genes for schizophrenia and bipolar disorder? implications for *Schizophr. Bull*. 2006; 32(1): 9–16.
- Crow T.J. Schizophrenia as the price that homo sapiens pays for language: a resolution of the central paradox in the origin of the species. *Brain Res. Rev*. 2000; 31: 118–129.
- Delice MA, Akgül SM, Yıldız M. Toplum ruh sağlığı merkezi'nden hizmet alan bir şizofrenili olguda bütüncül yaklaşımın hastalığın gidişine etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2014; 4(2): 122-125.
- Dongen V. Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Comm Ment Health J*. 1996; 32(6): 535-548.
- Druss BG., Marcus SC, Rosenheck RA ve diğ. understanding disability in mental and general medical conditions, *Am J Psychiatry*. 2000; 157(9): 1485–1491.
- Dünya Sağlık Örgütü, ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması: klinik tanımlamalar ve tanı klavuzları, Cenevre, 1992.
- Ensari H, Gültekin BK, Karaman D ve diğ. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anat J Psychiatry*. 2013; 14(2): 108-114.
- Erol A, Ünal E K, Aydın E D. Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*. 2009; 20(4): 313– 321.
- Fisher AJ, Kramer RA, Grosser RC ve diğ. Correlates of unmet need for mental health services by children and adolescents. *Psychol Med*. 1997; 27(5): 1145 - 1154.
- George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: A Simple Guide And Reference (4. Baskı). Boston, 2003.

Grinshpoon A, Ponizovsky M D The relationships between need profiles, clinical symptoms, functioning and the well-being of inpatients with severe mental disorders. *J Eval Clin Pract.* 2008; 14(2): 218-225.

Gülsiren L, Çam B, Karakoç B ve diğ. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Derg.* 2010; 21(3): 203-212.

Hansson L, Sandlund M, Bengtsson A ve diğ. The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study. *Nord J Psychiatry.* 2003; 57(1): 5-11.

Hansson L, Vinding HR, Mackeprang T ve diğ. Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: a nordic multicentre study. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 103(1): 45-51.

Harvey CA, Taylor CJ, McCabe P ve diğ. The camden schizophrenia surveys II. high prevalence of schizophrenia in an inner london borough and its relationship to socio-demographic factors. *Br J Psychiatry.* 1996; 168(4): 418-426.

Harvey P D, Friedman JI, Bowie C ve diğ. Validity and stability of performance based estimates of premorbid educational functioning in older patients with schizophrenia. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2006; 28(2): 178-192.

Hensel J M, Banayan D J, Cheng C ve diğ. Client and key worker ratings of need in first episode psychosis early intervention programmes. *Early Interv Psychiatry.* 2016; 10(3): 246-251.

Howe G. Working with schizophrenia: a need based approach. Jessica Kingsley Publisher, London, 1995.

Jones P, Cannon M. The New Epidemiology of Schizophrenia. *Psych Clinics North Am.* 1998; 21(1): 1-5.

Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 102: 33-37.

Klinberg S, Langle G, Buchkremer G. Neuroleptics psychotherapy psychiatric social work. In schizophrenia help is needed from many sides. *MMW Fortschr Med.* 2003; 145(41): 28-31.

Koçak C, İlhan M N, Kuruoğlu A. Gazi üniversitesi hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastaların sosyal güvenlik kurumuna fatura edilen tedavi maliyetlerinin değerlendirilmesi. *J Clin Psy.* 2017; 20: 268-275.

Köroğlu E, Güleç C (Ed) Psikiyatri Temel Kitabı. HYB basım yayın, Ankara, 2007.

Köroğlu E, Güleç C (Ed) Psikiyatri Temel Kitabı. HYB basım yayın, Ankara, 2011.

Kukla M, Lysaker P H, Salyers M P. Do persons with schizophrenia who have better meta cognitive capacity also have a stronger subjective experience of recovery? *Psychiatry Res.* 2013; 209(3): 381-385.

Kulhara P, Avasthi A, Grover S, ve diğ. Needs of Indian schizophrenia patients: an exploratory study from India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010; 45(8): 809-818.

Leese M, Johnson S, Slade M, ve diğ. User perspective on needs and satisfaction with mental health services. *Br J Psychiatry.* 1998; 173(5): 409-415.

Liberman R P, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatr Serv.* 2005; 56(6): 735-742.

Liberman RP, Corrigan PW. Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry.* 1993; 56: 238-249.

Liberman RP. Yetiyetiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC. 2008. Çev. M.Yıldız. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011.

Lloyd C, KING R, MOORE L. Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: a cross-sectional study. *Int J Soc Psychiatry*. 2010; 56(3): 220-229.

Macpherson R, Varah M, Summerfield L ve diğ. Staff and patient assessments of need in an epidemiologically representative sample of patients with psychosis staff and patient assessments of need. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003; 38(11): 662-667.

Madianos M, Economou M, Dafni O ve diğ. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured?. *Eur Psychiatry*. 2004; 19(7): 408 - 414.

McDonald J, Badger T A. Social function of persons with schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2002; 40(6): 42-50.

McGrath J, Saha S, Welham J, ve diğ. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med*. 2004; 2(1): 13.

Mojtabai R, Fochtmann L, Chang S ve diğ. Unmet need for mental health care in schizophrenia: an overview of literature and new data from a first-admission study. *Schizophr Bull*. 2009; 35(4): 679-695.

Mueser K T, Bond G R, Drake R E ve diğ. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull*. 1998; 24 (1): 37-74.

Mueser KT, Jeste DV (Ed) *Clinical Handbook of Schizophrenia*. The Guilford Press, Newyork, 2008.

Murray RM, Lewis SW. Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *Br Med J*. 1987; 295(6600): 681-682.

O'callaghan E, Gibson T, Colohan HA ve diğ. Season of birth in schizophrenia evidence for confinement of an excess of winter births to patients without a family history of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 1991; 158(6): 764 - 769.

Ochao S, Haro J M, Autonell J ve diğ. Met and unmet needs of schizophrenia patients in a spanish sample. *Schizophr Bull*. 2003; 29(2): 201-210.

Özten E, Cerit C, Yıldız M. psikotik bozukluk görülen hastalarda hasta olma ve tedavi görme ile ilgili görüş anketi uygulanarak kendini damgalama düzeylerinin saptanması. S.410-413. 13. Sosyal Psikiyatri Kongresi, Bursa, 2006.

Öztürk Ö, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları (11. Baskı) Tuna Matbaacılık, Ankara, 2011.

Parkinson Z S, Medel A, Cediell-Garcı'a P ve diğ. Trends on schizophrenia admissions during the deinstitutionalisation process in Spain (1980-2004). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011; 46(11): 1095-1101.

Phelan M, Slade M, Thornicrof G. The camberwell assessment of need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 1995; 167(5): 589 - 595.

Popescu C, Micluția I. Met and unmet needs of patients with schizophrenia - brief research report of a Romanian sample. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*. 2009; 9(2): 161-167.

Priebe S, Warner R, Hubschmid T ve diğ. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. *Schizophrenia Bulletin*. 1998; 24(3): 469 - 477.

Rakowski N. Maslow's hierarchy of needs model - the difference of the chinese and the western pyramid on the example of purchasing luxurious products. Grin Verlag, Norderstedt, 2008.

Ruggeri M, Lasalvia A, Bisoffi Q, ve diğ. Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five european sites: results from the epsilon study. *Schizophr Bull*. 2003; 29(2): 229-245.

- Rüesch P, Graf J, Meyer P C ve diğ. Occupation, social support and quality of life in persons with schizophrenic or affective disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39: 686-694.
- Sadock BJ, Sadock VA, Levin Z, Kaplan & Sadock's Study Guide and Self Examination Review in Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. 8. baskı., Philadelphia, 2007.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri. Ppincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005 Çev. Aydın H, Bozkurt A., Güneş Kitabevi 2. baskı., Ankara, 2005.
- Sales E. Family burden and quality of life. *Qual Life Res.* 2003; 12(1): 33-41.
- Salisbury DF, Kuroki N, Kasai K ve diğ. Progressive and interrelated functional and structural evidence of post-onset brain reduction in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(5): 521 - 529.
- Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective, *Eur Psychiatry* 1997;12(3): 263-266.
- Schene AH, Wijngaarden BV, Koeter MWJ. Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress. *Schizophr Bull.* 1998; 24(4):609-618.
- Schene AH. Objective And Subjective Dimensions Of Family Burden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1990; 25(6):289-297.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group Quality of Life Research. *Qual Life Res.* 2004; 13: 299-310.
- Slade M, Leese M, Cahill S ve diğ. Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *Br J Psychiatry.* 2005; 187: 256 - 261.
- Slade M, Leese M, Taylor R. The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta Psychiatrica Scand.* 1999; 100(2): 149-157.
- Soygür H. Şizofreni ve Yaşam Niteliği. *J Clin Psy.* 2003; 1: 9-14.
- Stevens A, Gabbay J. Needs assessment. *Health Trends.* 1991; 23(1): 20-23.
- Stuart G W, Laramie M T (ed). Principles and practice of psychiatric nursing (7. baskı). St. Louis: Mosby Inc; 2001.
- Sungur M, Soygür H, Güner P, ve diğ. Optimal treatment project for schizophrenia: results from a randomized, controlled, longitudinal study. *Seishin Shinkoigaku Zasshi.* 2003; 105 (9): 1175-1180.
- Ulaş H, Tunca Z. Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastaların maliyet analizi (cost analysis of inpatients in a psychiatric clinic of a university hospital). *Noropsikiyatr. Ars.* 2010; 47(2): 144-149.
- Ulaş H. Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatrik Hizmetler, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni.* 2008; 11(2): 2 - 12.
- Uluğ B, Ertuğrul A, Gögüş A ve diğ. Yetiştirimi değerlendirme çizelgesinin (who-das-ii) şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg.* 2001; 12(2): 121-130.
- Uykur B. Şizofreni hastalarında ihtiyaç analizi. Doktora tezi. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2013.
- Üneri Ö, Tural Ü, Memik N Ç. Şizofreni ve Sigara İçimi: Biyolojik Bağlantı Nerede? *Türk Psikiyatri Derg.* 2006; 17(1): 55-64.
- Velligan DJ, Bow-Thomas C, Mahurin RK ve diğ. Do specific neurocognitive deficits predict specific domains of community function in schizophrenia? *J Nerv Ment Dis.* 2000; 188(8): 518-524.

WHO, The world health organization quality of life assessment (whoqol): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998; 46(12): 1569-1585.

Yıldız M, Cerit C. Şizofreni tedavisinin yıllık maliyeti: bir üniversite hastanesi verilerinden yapılan hesaplama. *Klin Psikofarmakol Bülteni*, 2006; 16(4): 239-244.

Yıldız M, Erim R, Soygur H ve diğ. Development and validation of the subjective recovery assessment scale for patients with schizophrenia. *Psychiatry And Clinical Psychopharmacology*. 2018; 28(2): 163-169.

Yıldız M, Kiras F, İncedere A ve diğ. Development and validation of the Social Functioning Assessment Scale (SFAS) for people with schizophrenia in Turkey. *Schizophr Bull.* 2018; 44(1): 316-317.

Yıldız M, Özten E, IŞIK S, Özyıldırım İ ve diğ. Şizofreni hastaları, hasta yakınları ve majör depresif bozukluk hastalarında kendini damgalama. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2012; 13:1-7.

Yıldız M, Şizofreni hastaları için: ruhsal toplumsal beceri eğitimi. Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, 2011.

Yıldız M. Psikiyatrik Rehabilitasyon. I. Sayıl (Ed). Bireyden Topluma Ruh Sağlığı, Erler Matbaacılık, İstanbul, 2004.

Zahid M A, Ohaeri JU. Clinical and psychosocial factors associated with needs for care: an arab experience with a sample of treated community-dwelling persons with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013; 45(2): 313-323.

ÖZGEÇMİŞ

1. Bireysel Bilgiler

- Adı Soyadı : Sabri Sungu YAKIŞIR
- Doğum yeri ve tarihi : KOCAAELİ/İZMİT - 02.04.1986
- Uyruğu : TC
- Medeni Durumu : Evli
- Askerlik Durumu : Yapıldı
- Çalıştığı kurum : Özel Beşduyu Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi
- İletişim Adresi ve telefonu : Dumlupınar Mah. Değirmenli Sok. No:18 İç Kapı No:5 Kartepe/Kocaeli - 0507 684 0212

2. Eğitimi (tarih sırasına göre)

- Yabancı dili: İngilizce
- 2005-2010 Yakındoğu Üniversitesi Psikoloji
- 2000-2004 M.B. Derince Anadolu Lisesi

3. Mesleki Deneyimi

- 2010 – 2011 Bahçecik ÖEM.
- 2011 – 2014 Duygum ÖEM.
- 2014 – 2015 Atlantis ÖEM.
- 2015 – 2016 TSK
- 2016 – 2018 Duygum ÖEM
- 2018 – Halen Beşduyu ÖEM.

4. Bilimsel Etkinlikler

Boşgelmez Ş, Yıldız M, Yazıcı E, İnan E, Turgut C, Karabulut U, Kırcalı A, Tas H İ, Yakışır S S, Çakır U, Sungur M Z. Reliability and validity of the turkish version of Cognitive Assessment Interview (CAI-TR). *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2015; 25 (4): 365-380.

EKLER



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi, Umutepe Yerleşkesi /KOCAELİ
TELEFON	0262 303 71 64
FAKS	0262 303 74 63
E-POSTA	etikkurul@kocaeli.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni hastalarının karşılanmayan ihtiyaçları.			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	KOU KA EK 2013/96			
	EUDRACT NUMARASI				
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yüksek Lisans Öğrencisi Sabri Sıngu YAKIŞIR Prof. Dr. Mustafa YILDIZ, Öğr. Gör. Dr. Belkis ŞENİZ			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikolojik			
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Mustafa YILDIZ (Danışman)			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	KOU Tıp Fak. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD			
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Umutepe Yerleşkesi Uçtepe/İZMİT			
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ				
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
FAZ 2		<input type="checkbox"/>			
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
BE/ BY		<input type="checkbox"/>			
DİĞER		<input type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz:		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	İL ARAŞTIRMA	DİŞİ <input checked="" type="checkbox"/>	Belirtiniz: Yüksek Lisans Tezi		
	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	29.03.2013		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞURU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	29.03.2013		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>
	HASTA KARTI/GÜNLUKLERİ	<input type="checkbox"/>
	İLAN	<input type="checkbox"/>
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>
DİĞER	<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: B11	Proje No: KOU KAİK 2013/96	Tarih : 09.04.2013
	Psikolog Sabri Sıngı YAKIŞIR'ın Yüksek Lisans Tez başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşım ve yöntemler dikkate alınarak incelenmiş; gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.		

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23120), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Aralık 2011)GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996)İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslar arası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Karar (10 Mart 2011/5213), Biyoloji ve Tıbbi Uygulanması Hakkından İnsan Hakları ve İnsan Meysivetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde -10 (6 Nisan 2011, 6225) Resmî Gazetede 19 Ağustos 2011 tarih ve 28030 sayı ile yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: KOU TF Tıp Tarihi ve Etik AD /PROF. DR. NERMİN ERSOY

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Em. stat.	Çalışma*	Katılım**	İmza	
Prof. Dr. NermİN ERSOY başkan	Tıp Tarihi ve Etik	KOU TF Tıp Tarihi ve Etik AD	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	N. Ersoy
Prof. Dr. Dilek URAL başkan Yard.	Kardiyoloji	KOU TF Kardiyoloji AD	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Urul
Prof. Dr. B. Faruk ERDEN ye	Farmakoloji	KOU TF Farmakoloji AD	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Erden
Prof. Dr. Gülcan TÜRKER ye	Pediyatri	KOU TF Çocuk Sağlığı ve Hast. AD	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Turker
İzmit. Dr. Berna Ayakta ŞERİFİ ye	Halk Sağlığı	İzmit 1 Nolu AÇSAP	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Serifi
Ord. Doç. Dr. Ayşe KARSON raportör	Fizyoloji	KOU TF Fizyoloji AD	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Karson
Doç. Dr. Hale MARAL KIR ye	Biokimya	KOU TF Biokimya AD	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Kir
Prof. Dr. Yavuz GÖRKAN ye	Anestezi ve Reanimasyon	KOU Tıp Fak.	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Gorkan
İzmit. Dr. Murat GÜVEN ye	Genel Cerrahi	Kocaeli Derince Eği. Ara. Hastanesi	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Guven
Av. Ersayın IŞIK ye	Avukat	Kocaeli Barosu	E	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Isik
Seval BİZEL Üye	Hasta Hakları Temsilcisi	Ev Hanımı	K	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Bizel

* :Araştırma ile ilgili

** :Toplantıda Bulunma

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

1. Çalışmanın adı:

Şizofreni hastalarının karşılanmayan ihtiyaçları.

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:

Tez Danışmanı
Adı – Soyadı: Mustafa Yıldız
Ünvanı : Prof.Doktor
Uzmanlık Alanı : Psikiyatri
İş adresi : KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D.
E-posta adresi : myildiz@yahoo.com
Tel. Numarası : 303 7502

Sorumlu Araştırmacı
Adı-Soyadı : Sabri Sungu Yakışır
Ünvanı : Psikolog
İş Adresi : Özel Duygum Özel Eğitim Merkezi Gölcük/ Kocaeli
E-posta Adresi : s.yakisir@yahoo.com.tr
Tel. Numarası : 0507 684 02 12

Yardımcı Araştırmacı
Adı – Soyadı : Belkis Şeniz
Ünvanı : Asistan Doktor
İş Adresi : KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.B.D.
E-posta Adresi : belkis.seniz@gmail.com
Tel. Numarası : 0532 153 3315



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bu araştırma şizofreni hastalarının karşılanan ve karşılanmayan ihtiyaçlarını tespit etmek için yapılmaktadır. Şizofreni hastalarının ihtiyaçlarının karşılanmasında sıkıntı çektiği bir gerçektir. Dolayısı ile şizofreni hastalarının hangi ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığını tespit etmek amacı ile bu araştırma yapılacaktır.

4. Neden ben seçildim?

Bu araştırmada şizofreni hastalarının karşılanmayan ihtiyaçlarını belirlemek istiyoruz sizde bu hastalık grubunun içinde olduğunuz için seçildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine dayanmaktadır ve katılan kişi istediği zaman araştırmadan ayrılma hakkına sahiptir.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Araştırma doğrultusunda bilgilerinizi içeren Hasta Bilgi Belgesi, Camberwell İhtiyaç Değerlendirme Kısa Dizejesi ve şu andaki hastalık durumunuzu değerlendiren Global Klinik İzlenim ölçekleri soru cevap şeklinde uygulanacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Katılımın herhangi riski ve dezavantajı bulunmamaktadır.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Bu araştırmaya katılmanız karşılanmayan ihtiyaçlarınızın tespit edilmesini sağlayacak ve bunlar için yapmanız gerekenler konusunda bilgi edinmeniz sağlanacaktır.

9. Araştırma masrafları:

Araştırmaya katılmanız size ve bağlı bulunduğunuz sgk herhangi bir masraf olarak yansımayacaktır.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

İstediğiniz zaman araştırmadan ayrılabilirsiniz.

11. (Tedavi edici araştırmalarda) Alternatif tedavi/tanı yöntemleri nelerdir?

12. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Araştırmaya katılan gönüllülerin istememesi durumunda kimlik bilgilerini vermemeleri mümkündür. Kimlik bilgilerini veren gönüllülerin bilgileri ise etik ilkeler doğrultusunda kimseyle paylaşılmayacak ve kilitli bir dolapta muhafaza edilecektir.

13. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Araştırma sonunda istemeniz durumunda sözlü veya yazılı bilgi alma hakkınız vardır.

14. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırma sonuçları Psikiyatri A.B.D. Ruhsal Travma Yüksek Lisans Programı Bitirme tezi olarak sunulacaktır.

15. Daha ayrıntılı bilgi için,

ssyakisir@yahoo.com.tr adresine mail atarak veya 0507 684 0212 numarasını arayarak bilgi alabilirsiniz.

16. Teşekkür:

Katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz

17. Şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;

Etik Kurul Başkanlığı KOÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tel: 3037164



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı:

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formumu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırma ile ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayımlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen isim yazınız.</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

SOSYO - DEMOGRAFİK VERİ FORMU		Tarih:
Ad - Soyad : İletişim No : Protokol No :	Görüşülen kişi (Bilgilerin Alındığı Kişi) : Kendi () Yakını ()	
Cinsiyet : Kadın () Erkek ()	Doğum Tarihi : Yaşı :	
Medeni Durum : Bekar () Evli () Ayrı-Boşanmış ()	Eğitim Durumu (Başarı ile Tamamladığı Yıl) :	
Tanı : Sızdırmazlık () Sızdırmazlık Bozukluk ()	Tedavi Gördüğü Yer : () D. TRSM () G. TRSM () Poliklinik	
Hastalık Başlangıç Yaşı :	TRSM'ye Ne Zamandan Beri Geliyorsunuz : Ay.	
Toplam Hastaneye Yatış Sayısı :	Çalışma Durumu (Son 6 Ay): Var () Yok ()	
Hastalığın Süresi : yıl	Dz Kıyım Girişimi (Hastalıktan Sonra): Var () Yok ()	
Günlük Sigara Tüketimi : tane.	Kişi Başına Düşen Aylık Gelir: Son 6 Ay Alkol Kullanımı Madde Kullanımı Var () Yok () Var () Yok ()	
İlaç Tedavisine Uyum : (5) Kendiğinden düzenli kullanıyor. (4) Yardımıyla düzenli kullanıyor. (3) Düzensiz ya da ilaç ile kullanıyor. (2) İlaç kullanmak istemiyor ya da zorla ilaç veriliyor. (1) Tedavisiyi kabul etmiyor, ilaç kullanmıyor.		
Yaşam Biçimi : Anne - Baba (1) Eşi ve Çocuklar (2) Yalnız (3) Akrabalar (4) Kurum (5)		

TOPLUMSAL İŞLEVSELLİĞİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (TİDÖ)

Birayrın diğer mülkiyetlerini değerlendirme ölçeğiyle birlikte toplumsal davranış özellikleri ve çalışma durumunu değerlendiren bu ölçek, doldurulan hastanın son birkaç aydaki durumunu en iyi şekilde yansıtan seçenekleri işaretleyiniz.

Ad Soyad: _____	Tarih: ____/____/____	
1. El yıkama sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Haftada 1 ya da daha az	<input type="checkbox"/> Haftada 3 - 4 kez	<input type="checkbox"/> Her gün
2. Dış tuvalet sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Haftada 1 ya da daha az	<input type="checkbox"/> 2-3 günde bir	<input type="checkbox"/> Günde en az 1 kez
3. Banyo yapma sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Ayda 1-2 kez ya da daha az	<input type="checkbox"/> Haftada 1-2 kez	<input type="checkbox"/> Haftada 3 ya da daha fazla
4. Tırnak kesme sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Ayda 1-2 kez ya da daha az	<input type="checkbox"/> Her haftada bir	<input type="checkbox"/> Haftada 1 kez
5. İç çamaşır değiştirme sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Haftada 1 ya da daha az	<input type="checkbox"/> 2-3 günde bir	<input type="checkbox"/> Her birkaç gün
6. Corap değiştirme sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Haftada 1 ya da daha az	<input type="checkbox"/> 2-3 günde bir	<input type="checkbox"/> Her birkaç gün
7. Kadınlar için) Cilâ bakımı ve makyaj yapma, keş ve bükme sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Hiçbir şekilde	<input type="checkbox"/> 1-2 ayda bir	<input type="checkbox"/> Haftada bir
(Erkekler için) Şakal tıraş olma sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Haftada 1 ya da daha az	<input type="checkbox"/> Haftada 2-3 kez	<input type="checkbox"/> Her gün
8. Birlikte yaşadığınız kişilerle piknik, gez, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> 1-2 ayda bir	<input type="checkbox"/> Ayda 1 - 2 kez
9. Birlikte yaşadığınız kişilerle duygusal sorunlarınızı paylaşıyor musunuz?		
<input type="checkbox"/> Hiç paylaşmıyorum	<input type="checkbox"/> Sorunluğunda paylaşıyorum	<input type="checkbox"/> Her zaman paylaşıyorum
10. Kale/taç bahçesi gibi yerlere gitme sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> 1-2 günde bir	<input type="checkbox"/> 1 hafta bir veya daha fazla
11. Arabalar dışında kaç yakın arkadaşınız var?		
<input type="checkbox"/> 1 kişi yok	<input type="checkbox"/> 1-3 kişi	<input type="checkbox"/> 4 ve üzeri
12. Arkadaşlarla birlikte piknik, gez, konser, maç, sinema, sergi vb. etkinliklere katılma sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Hiç katılmıyorum	<input type="checkbox"/> 1-3 ayda bir	<input type="checkbox"/> Ayda en az 1 kez
13. Spor amaçlı etkinlik (hali saha maçı, tempolu yürüyüş, bisiklete binme, yüzmeye vb.) yapma sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> 1-2 ayda bir ya da daha az	<input type="checkbox"/> Ayda 1-2 kez	<input type="checkbox"/> Haftada en az 1 kez
14. Gazete, dergi okuma (internet ve TV haberleri dahil) sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Ayda 1-2 kez ya da daha az	<input type="checkbox"/> Haftada 1-2 kez	<input type="checkbox"/> Her birkaç gün
15. Tek başına (yardım almaksızın) evden dışarı çıkma sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Ayda 1-2 kez ya da daha az	<input type="checkbox"/> Haftada 1-2 kez	<input type="checkbox"/> Her birkaç gün
16. Toplu taşıma araçlarını ya da özel araçınızı (yardımsız) kullanma sıklığınız nedir?		
<input type="checkbox"/> Ayda 1-2 kez ya da daha az	<input type="checkbox"/> Haftada 1-2 kez	<input type="checkbox"/> Her birkaç gün
17. İhtiyaca göre alışveriş (pazar, market, mağaza vb. yerlerde) yapma durumunuz nedir?		
<input type="checkbox"/> Yapmam	<input type="checkbox"/> Yardıma sığınırım	<input type="checkbox"/> Kendim yaparım
18. Geliriniz göre harcama ve ödeme (para yönetimi) yapma durumunuz nedir?		
<input type="checkbox"/> Yapmam	<input type="checkbox"/> Yardıma sığınırım	<input type="checkbox"/> Kendim yaparım
19. Çalışma durumunuz nedir?		
<input type="checkbox"/> Çalışmıyorum	<input type="checkbox"/> Destekli çalışıyorum	<input type="checkbox"/> Destekli bir işte çalışıyorum
(Diğerleri ise derslere katılma)		
<input type="checkbox"/> Katılmıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum	<input type="checkbox"/> Destekli katılıyorum
(Ev hanımı ise ev işleriyle ilgili sorumlulukları)		
<input type="checkbox"/> Sorumluluk almıyorum	<input type="checkbox"/> Sorumluluk almıyorum	<input type="checkbox"/> Sorumluluk almıyorum

Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖziDÖ)

İsim: _____

Tarih: ___ / ___ / ____

Hastalığınızın tedavisi ile birlikte iyileşme durumunuzu değerlendirmek amacıyla aşağıda bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen bunlarla ilgili olarak size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.		Bana hiç uymaz	Biraz uyur	Orta derecede uyur	Genellikle uyur	Tam uyur
1	Geleceğimle ilgili umutlarım var					
2	Ulaşmak istediğim hedeflerim var					
3	Hedeflerimi gerçekleştirebileceğime inanıyorum					
4	Yeni ilgi alanları ediniyorum					
5	Çevremde ailem dışında da güvenebileceğim insanlar var					
6	Gereksinim duyduğumda çevremden yardım istiyorum					
7	Kendime güveniyorum					
8	Karşılaştığım zor durumlarla başa çıkabiliyorum					
9	Çevremdeki insanlar bana güveniyor					
10	Çevrem tarafından aranıp ve önemsenen biriyim					
11	Hastalığımı tedavi için elimden geleni yapıyorum					
12	Hastalığının belirtileriyle başa çıkabiliyorum					
13	Başka kişilerle olumlu ilişkiler kuruyorum					
14	Kendimi toplumun bir üyesi olarak görüyorum					
15	Sosyal etkinliklere katılıyorum					
16	Boş zamanlarımı faydalı bir şekilde değerlendiriyorum					
17	Benden beklenen görevleri (öğrenci, işçi, memur, ev hanımı gibi) yerine getiriyorum					

ÇAMBERWELİ İHTİYAÇ DEĞERLENDİRME NİS VÖLCEĞİ

Adı – Soyadı :	İhtiyaç Puanlaması
	0 - Sorun yok
	1 - Kısıtlı ihtiyaç
	2 - Kısıtlı olmayan ihtiyaç
	3 - İhtiyaç yok

Değerlendirme puanı :	0	1	2	3
Anketi dolduran Kişi :				
Değerlendirme Tarihi:				
1. Raporlama Nisali Bir yere yazdınız mı?¹⁾				
2. Beslenme (Yıcağı Kadar Beslenmiş) mi?²⁾				
3. Eski Hastaları (Eski Hastalık Geçirmiş) mi?; Hastalarının Yardımına İhtiyaç duyanlar mı?³⁾; Eski Hastaları Kendi ile Sağladınız mı?⁴⁾				
4. Özlüklerin (Düzenli ve Temiz) olarak servise yazdınız mı?⁵⁾				
5. Gözetim, Aktivite (Gün içinde zamanınızı nasıl geçirdiniz) mi?⁶⁾				
6. Fiziksel Sağlık (Ezelsel olarak kendinizi de Kadar) mı? Hissettiğiniz mi?⁷⁾				
7. Psikolojik Beşeriyet (İhtiyaçlar) hastalarının deneyimlediği deneyim mi?⁸⁾ Ya da dışlanmalarınız ile ilgili sorunlarınız var mı?⁹⁾				
8. Tam bir sağlık (Size hissediyordunuz) değil mi?¹⁰⁾ Ya da sağlık sorunlarınız var mı?¹¹⁾				
9. Tedavi (Size tedavi) ile ilgili sağlık bilginizi mi?¹²⁾				
10. Ruhsal Sağlık (Siz zamanınızı kendinizi etkilerken zamanınızı hissettiniz mi?)¹³⁾				
11. Kendi Günümleri (Kendinizi zamanınızı) mı? Ya da yaşadığınız mı?¹⁴⁾				
12. Diğerlerinin Günümleri (Diğer insanların için bir şekilde yaşadığınız mı? Ya da yaşadığınız mı?)¹⁵⁾				
13. Akademi Kalite (Akademi kalite) mi? Ya da yaşadığınız mı?¹⁶⁾				
14. Eğitim ve Yaşam (Yaşam) mi? Ya da yaşadığınız mı?¹⁷⁾				
15. Akademi Kalite (Akademi kalite) mi? Ya da yaşadığınız mı?¹⁸⁾				
16. Özel İhtiyaç (Bir kişi olarak yaşadığınız mı?)¹⁹⁾				
17. Genel Sağlık (Genel sağlık) mi? Ya da yaşadığınız mı?²⁰⁾				
18. Genel Sağlık (Genel sağlık) mi? Ya da yaşadığınız mı?²¹⁾				

19. Temel Eğitim (Okumada, yazmada ya da anlamada zorluk yaşıyor musunuz, almanız gereken eğitimleri aldınız mı?)			
20. Telefon Kullanımı (Telefonu nasıl kullanacağınızı biliyor musunuz?, birilerini aramak istediğinizde size yardım ediyor mu?)			
21. Ulaşım (Kullanacağınız otobüsün, trenin, metromun yerini nasıl buluyorsunuz? Kullanacağınız otobüse, trene, metroya nasıl ulaşıyorsunuz?)			
22. Engelli kartı (Engelli kartınız var mı?)			
23. Para (Bütçe oluşturacak, geçiminizi sağlayacak parayı nasıl buluyorsunuz?)			
24. Kazanç (Almaya hak kazadığınız parayı alabiliyor musunuz?)			
25. Psikoterapi (Bireysel, grup vb. psikoterapi aldınız mı?)			
26. Rehabilitasyon hizmetleri (Rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili bilginiz var mı? Bu hizmetlerden yararlanıyor musunuz?)			

A. Karşılanan ihtiyaçların sayısı	
B. Karşılanmayan ihtiyaçların sayısı	
C. İhtiyaçların toplamı sayısı	

Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve iç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı (Kapak sayfasına danışman adı yazılmamalıdır).
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN (Anabilim dalının değil) adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde (yazının yönüne dikkat!) ad, program,yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun çizimde hazırlandı (kazanılan unvanlar BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA olmalıdır) imzalatıldı (Enstitü Müdürü'nün imzası da gereklidir, imzaların aynı renk kalemle atılmasına dikkat edilmelidir).
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- Ön sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1.5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

..... / / 2019

Prof. Dr. Mustafa YILDIZ

İmza