

T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE VE POLİKLİNİKTE İZLENEN
ŞİZOFRENİ HASTALARININ AİLE DESTEĞİ ALGILARI İLE
YAKINLARININ DUYGU DIŞAVURUMU VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Hem. Betül ŞENTÜRK

Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2017

**T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE VE POLİKLİNİKTE İZLENEN
ŞİZOFRENİ HASTALARININ AİLE DESTEĞİ ALGILARI İLE
YAKINLARININ DUYGU DIŞAVURUMU VE DEPRESYON
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Hem. Betül ŞENTÜRK

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Fatma ÖZ**

ANKARA

2017

ONAY SAYFASI

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE VE POLİKLİNİKTE İZLENEN ŞİZOFRENİ HASTALARININ AİLE DESTEĞİ ALGILARI İLE YAKINLARININ DUYGU DİŞAVURUMU VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Hem. Betül Şentürk

Bu çalışma 11.01.2017 tarihinde jürimiz tarafından "Psikiyatri Hemşireliği Programı"nda yüksek lisans / doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Yard. Doç. Dr. Şeyda Ökdem

(imza)

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Fatma Öz

(imza)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Üye:

Doç. Dr. Satı Demir

(imza)

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üye:

Yard. Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz

(imza)

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Üye:

Yard. Doç Dr. Satı Dil

(imza)

Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla onaylanmıştır.

(imza)

(imza)

Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır. Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

o Tezimin/Raporumun tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.

X Tezimin/Raporumun 01/01/2026 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

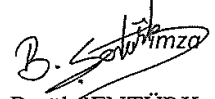
18/01/2017

Betül Şentürk



ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Fatma ÖZ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Betül ŞENTÜRK

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca heyecanıma ortak olan, değerli bilgileriyle bana yol gösteren kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Fatma ÖZ'e,

Psikiyatri hemşireliği lisansüstü eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ ve Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ'a,

Manevi destek ve yardımlarından dolayı başta Adeviye AYDIN, Yunus KAYA ve Gülşah YILDIZ olmak üzere tüm Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Veri toplama döneminde tüm içtenliği ile yardım eden Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Polikliniği hemşiresi Nurhayat UÇAR'a,

Çalışmanın istatistiksel analizlerinde yardımcı olan Merve KAŞIKÇI'ya,

Her zaman yanımda olan ve beni destekleyen aileme,
Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Şentürk, B., Toplum ruh sağlığı merkezinde ve poliklinikte izlenen şizofreni hastalarının aile desteği algıları ile yakınlarının duygu dışavurumu ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017

Bu araştırma, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde (TRSM) ve psikiyatri polikliniklerinde takip edilen şizofreni hastalarının algıladıkları aile desteği ve yakınlarının duygu dışavurumu ile depresyon düzeylerini ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır. Araştırma, Ankara il merkezindeki dört TRSM, bir üniversite ve bir eğitim araştırma hastanesi psikiyatri polikliniklerinde 04 Ocak - 05 Aralık 2016 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırma, TRSM grubundan 88, psikiyatri polikliniklerinden 88 olmak üzere toplam 176 hasta ve yakını ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama araçları olarak hastalar için “Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu”, “Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ)”; hasta yakınları için ise “Hasta Yakını Tanıtıcı Özellikleri Formu”, “Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği (DDÖ)” ve “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)” kullanılmıştır. Değerlendirmede veriler normal dağılım göstermediği için ölçek puanlarının ortancaları ve parametrik olmayan istatistiksel testler (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, ki-kare testi) kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, TRSM’de takip edilen şizofreni hastalarının ASDÖ puan ortancası 23 (3-37); poliklinikte takip edilenlerin ise puan ortancası 26,5 (2-38) olduğu bulunmuştur. TRSM’de takip edilen hastaların yakınlarının DDÖ toplam ölçek puan ortancası 18,5 (7-29), BDÖ puan ortancası 11,5 (2-32)’tir. Poliklinikte takip edilen hastaların yakınlarının DDÖ toplam ölçek puan ortancası 20 (11-32) ve BDÖ puan ortancası 10 (1-37)’dur. TRSM grubunda ASDÖ ile DDÖ’nün “Eleştirelilik/Düşmancıl Oluş” alt boyutu arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -0,21$; $p < 0,05$). Psikiyatri polikliniği grubunda ise ASDÖ ile BDÖ arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r = -0,31$; $p < 0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda, her iki grup için de aile içi olumlu etkileşimlerin ve duygu ifadelerinin kazandırılacağı psikoeğitim programlarının oluşturulması ve bu konuda daha geniş örnekleme ileri çalışmalar önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan Sosyal Destek, Depresyon, Duygu Dışavurumu, Şizofreni, Toplum Ruh Sağlığı

ABSTRACT

Senturk, B., Determination of perceived family support of patients with schizophrenia monitored in community mental health services and psychiatric outpatient clinics and expressed emotion and depression levels of their caregivers, Hacettepe University Faculty of Nursing Department of Psychiatric Nursing, Master Thesis, Ankara, 2017. The purpose of this descriptive and comparative study is to determine family support of patients with schizophrenia monitored in community mental health services and psychiatric outpatient clinics and expressed emotion and depression levels of their caregivers. The study was conducted in four Community Mental Health Centers (CMHC), a university hospital and a training and research hospital psychiatric outpatient clinics in Ankara city centrum on January 04 - December 05, 2016. This study was performed on totally 176 patients and their caregivers assigned to CMHC (n=88) and psychiatric outpatient clinic (n=88) groups. Patient and caregiver characteristics were recorded by forms. For the patients in CMHC and outpatient clinic groups; Perceived Social Support Scale (PSSS) and for their caregivers Expressed Emotion Scale (EES) and Beck Depression Scale (BDS) were applied. Due to non-normally distributed data, scale score medians and non-parametric statistical tests (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, chi-square test) were used. The results revealed that PSSS score median of patients who were followed up at CMHC was 23 (3-37); PSSS score median of patients who were followed up at psychiatric outpatient clinics was 26.5 (2-38). EES score median of patients' relatives who were followed up at CMHC was 18.5 (7-29); BDS score median of them was 11.5 (2-32). EES score median of patients' relatives who were followed up at psychiatric outpatient clinics was 20 (11-32); and BDS score median of them was 10 (1-37). The result of the study indicates that there was a slight significant and negative correlation between PSSS and the sub-dimension of EES which was criticism-hostile at CMHC group ($r = -0,21$; $p < 0,05$). There was a slight significant negative correlation between PSSS and BDS at psychiatric outpatient clinic group ($r = -0,31$; $p < 0,05$). According to results, it is suggested to construct psychoeducation programmes which lead to positive interactions among family members and emotion expression and to study advanced research on this topic at larger population.

Key words: Community Mental Health, Schizophrenia, Depression, Expressed Emotion, Perceived Social Support

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
GRAFİKLER	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Şizofreni	5
2.1.1. Şizofreni Epidemiyolojisi	5
2.1.2. Şizofreni Etiyolojisi	5
2.1.3. Şizofreni Belirtileri	6
2.1.4. Şizofreni Tedavisi	8
2.2. Şizofreni ve Aile	9
2.3. Aile ve Sosyal Destek	10
2.4. Aile ve Duygu Dışavurumu	11
2.5. Şizofreni Hasta Yakınlarındaki Ruhsal Problemler	12
2.6. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	12
2.7. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Şekli	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Araştırmanın Etik Boyutu	26
3.5. Veri Toplama Araçları	26

3.5.1. Hasta Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu (Ek 3)	26
3.5.2. Hasta Yakını Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu (Ek 4)	26
3.5.3. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ-R) (Ek 5)	27
3.5.4. Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği (DDÖ) (Ek 6)	27
3.5.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek 7)	28
3.6. Araştırmanın Uygulanması	28
3.6.1. Araştırmanın Ön Uygulaması	28
3.6.2. Araştırmanın Uygulanması	28
4. BULGULAR	30
4.1. Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri	30
5. TARTIŞMA	45
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Dağılımlarının Tartışılması	45
5.2. Hasta Yakınının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Dağılımlarının Tartışılması	47
5.3. Kurumlar Arasında Ölçekler ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın ve İlişkilerin Tartışılması	48
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	50
6.1. Sonuçlar	50
7. KAYNAKLAR	53
8. EKLER	
Ek 1. Etik Kurul Onayı	
Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu	
Ek 3. Trsm Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu	
Ek 4. Hasta Yakını Tanıtıcı Özellikleri Formu	
Ek 5. Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	
Ek 6. Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği	
Ek 7. Beck Depresyon Ölçeği	
Ek 8. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 9. Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	
Ek 10. Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri İzin Yazıları	

Ek 11. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi.İzin Yazısı

Ek 12. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi İzin Yazısı

Ek 13. Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi İzin Yazısı

Ek 14. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi İzin Yazısı

Ek 15. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ret Yazısı

Ek 16. Saçılım Grafikleri

Ek 17 Tablo 1. Şizofreni Hastalarının TRSM'ye ve Polikliniğe Gelme Nedenleri

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER ve KISALTMALAR

ASDÖ	Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
CMHC	Community Mental Health Center
DDÖ	Dışa vurulan Duygulanım Ölçeği
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
KW	Kruskal Wallis Tek yönlü Varyans Analizi
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
U	Mann-Whitney U Testi



ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Şizofreninin Dört Ana Belirti Grubu	7
2.2. Ruh Sağlığı Hizmeti Sunumu	12
2.3. Preventif Psikiyatri	16



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Şizofreni İçin Psikososyal Tedaviler	9
2.2. Toplum Ruh Sağlığı Hizmet Modelleri	17
2.3. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rollerinin 18 Bileşeni	20
4.1. Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri	31
4.2. TRSM Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortancaları	32
4.3. Poliklinik Grubundaki Hasta Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortancaları	34
4.4. Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri	36
4.5. TRSM Grubunda Hasta Yakını Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortancaları	38
4.6. Poliklinik Grubundaki Hasta Yakını Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortancaları	40
4.7. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Puan Ortancaları	42
4.8. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçekler ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişki	43

GRAFİKLER

Grafik	Sayfa
4.1. TRSM’de ASDÖ-DDÖ/Koruyucu/Müdahaleci Alt Boyut Puanı Saçılım Grafiği	44
4.2. Polikliniklerde ASDÖ-BDÖ Puanı Saçılım Grafiği	44



1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Şizofreni, bireyin alışagelmış algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendine özgü bir içe kapanma dünyasında yaşadığı, duygu, düşünce ve davranışlarda önemli bozukluklarla giden psikotik bir bozukluktur (1-3). Yaşam boyu yaygınlığı % 0.5 - 1.6 olarak kabul edilir (4). Şizofreni, aile ile topluma yükü ve maliyeti yüksek olan hastalıklardandır (5). Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da belirtildiği gibi yeti yitimine neden olan ilk 10 hastalık arasında yer alır (6).

Bu hastalığın tedavisinde biyolojik psikiyatrinin ve farmakoterapinin gelişmesi, tipik antipsikotik ilaçların kullanıma girmesiyle birlikte, devrim niteliğinde gelişmeler olmuştur. Bu ilaçlarla hastalığın semptomlarının yönetilmesi büyük ölçüde başarılmış böylece zorlu hastalık süreci daha iyi kontrol altına alınmıştır. Bu durumda hastalar yalnızca akut alevlenme durumlarında hastaneye kısa süreli yatışlar için kabul edilmiştir. Ancak bu süreçte bazı hastaların taburcu olduktan kısa bir süre sonra semptomların yeniden alevlenerek tekrar hastaneye yatışların olduğu görülmüştür (7). Çünkü; hastaların tam anlamıyla tedavisi yerine semptomların düzenlenmesi amaçlanmış, taburcu olduktan sonra eve giden hastaların ilaçlarını düzenli alma gibi konularda izlemi yapılmamıştır. Literatürde bu durum döner kapı olgusu olarak adlandırılmaktadır (8-11).

Hastaneye sık yatışları inceleyen Brown ve arkadaşları (1985) ailesiyle yaşayan şizofreni hastalarının yalnız veya pansiyonda yaşayan şizofreni hastalarından daha fazla hastaneye yattığını ve bu ailelerin hastalara karşı eleştirel, düşmancıl ve müdahaleci tutumlarının olduğunu vurgulamışlardır (12). Bu sonuç, ailede bu sorunun iyi ele alınamadığını ya da aileye yük getirdiğini düşündürmektedir (13).

Ruhsal sorunu olan bireylerin aile içi etkileşimlerinde duygu dışavurumu sıklıkla görülür (14, 15). Duygu dışavurumu; ciddi psikiyatrik hastalığı olan birey ve yakınları arasındaki duygusal atmosferi tanımlanır (16). Yüksek duygu dışavuruma sahip aileler yüksek seviyede eleştirciliği, düşmancıl oluşu veya aşırı duygusal müdahaleleri olan kimseler olarak kabul edilmektedir (15).

Yüksek duygu dışavurumu şizofrenide relapsın en önemli tetikleyicilerinden biri hatta en önemli hazırlayıcı etkidir (17-20). Yüksek duygu dışavurumu hastanın sosyal işlevselliğini de olumsuz yönde etkilemektedir. Holmes ve arkadaşlarının şizofreni hastası ve aileleriyle yaptığı bir yıllık izlem çalışmasında, ruh sağlığı hemşiresi hasta ile ailesine psikoeğitim vermiş ve bir yıl sonrasında hastanın sosyal işlevselliği artmış, ailenin yüksek duygu dışavurumu azalmıştır (21). Yine, Cohan ve arkadaşları (2008) şizofreni hastalarının bakım vericilerine uyguladığı psikososyal eğitim ile bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinin azaldığını tespit etmişlerdir (22). Aile tutumlarının hastalığın gidişi üzerine etkili olduğu ve tedavide ailenin de ele alınması gerektiği bazı çalışmalarda da vurgulanmıştır (23-25).

Hastalığın ilerlemesiyle birlikte yeti yitimi artmakta ve çoğu zaman ailelerde olumsuz düşünce, duygu ve davranışlar hakim olmaktadır. Bu da hasta yakınlarının benlik saygısının azalmasına, çaresizlik ve güçsüzlük hislerinin yoğunlaşmasına neden olmaktadır. Ayrıca bu bireylerde, bakım verici rolünün yol açtığı stresin sonucu olarak anksiyete görülme oranının da yüksek olduğu belirtilmektedir (26). Birçok çalışma, şizofreni hastasına bakım veren bireylerin stres ve tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğunu, bu nedenle hasta yakınlarında depresyona yatkınlığın gelişebileceğini vurgulamaktadır (27-37).

Şizofreni hastası ve ailesi için sadece kliniklerin yeterli olmaması, hastanede uzun süre kalmanın da yeti yitimini hızlandırması, ilaç ve diğer tedavi yöntemlerindeki ilerlemelerin olması, hastaya ve hasta haklarına olan görüşlerin değişmesi sonucunda birçok ülkede ruhsal hastalıkların tedavisi ile ilgili politikalar değişmiştir. Hastaneden taburcu olan hastaların, tedavilerinin sürekliliğinin sağlanmasına ve toplumsallaşmasına destek olacak kurumlara gereksinim duyulmaya başlanmıştır (38). Çoğu ülkede ‘kurum dışılaştırma’ olarak adlandırılan, büyük hastanelerin kapatılma süreci ortaya çıkmıştır (39-41). Bu süreçte hastanelerin kapatılması, psikiyatri kliniklerinde yatak sayısının azaltılması ve hastaların toplum içinde tedavisi hedeflenmiştir. Bu bağlamda birçok Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) açılmıştır (7). Ülkemizde bu kapsamda ilk açılan merkez Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı Bolu TRSM olmuştur (42). Bu uygulama ile, kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylerin hastaneden taburcu olduktan sonra izlemi, topluma kazandırılmaları ve ailelerine destek olunması hedeflenmiştir.

TRSM ekibi birkaç farklı disiplin üyesinden oluşur. Bu ekibin önemli bir üyesi olan TRSM hemşiresi yönetmelikte şu şekilde tanımlanmıştır: Bireyin, ailenin ve toplumun ruh sağlığını koruma ve geliştirmesine hizmet eden sağlık ekibi üyesidir (43). Toplum ruh sağlığı hemşireliği, bireylerin ve toplumun ruh sağlığını sürdürme, geliştirme ve ruhsal hastalığı olan ve hastalığın rezidüel etkileri devam eden risk altındaki bireylerin rehabilitasyonunda uzmanlaşmış, psikiyatri hemşireliğinin alanıdır (44). Yönetmelikte hemşirenin görevleri arasında grup danışmanlığı yapmak, stres ile baş etme, kriz yönetimi, öfke kontrolü gibi konularda eğitim ve danışmanlık sunmak yer almaktadır. Bütün bunlar lisansüstü eğitim ve uzmanlık gerektiren aktivitelerdir. Bundan dolayı TRSM’lerde verilen hizmetin etkinliğinin artırılması için hemşirelerin alanında donanım sahibi olmaları gerekmektedir.

Bu doğrultuda bu çalışma ülkemizin son yıllarda toplum-hastane denge modeline geçişi ile birlikte açılan ancak henüz pek yaygın olmayan TRSM’lerde hasta ve ailesi açısından aile içi etkileşimlerde duyguların uygun ifadeleri, ailenin sosyal destek kullanımı ve ailelerde psikiyatrik morbiditenin önlenmesi önemlidir. Söz edilen bu özelliklerin, TRSM’de izlenen ve poliklinikte izlenen hastalarda nasıl olduğu da bilinmemektedir. Bu çalışmanın sonucunda ülkemizde bu hastalara uygulanan her iki yöntemdeki farklılıklar, bu uygulamaları yeniden değerlendirme ve geliştirme anlamında da önemlidir.

Bu nedenle çalışmada, şizofreni hasta yakınlarının duygu dışavurumları, depresif duygulanımlarının olup olmadığı, ailenin hasta tarafından sosyal destek olarak nasıl algılandığı; hasta yakınının depresif duygu durumu ile duygu dışavurumu ve hastanın algıladığı sosyal destek ile ilişkisinin olup olmadığı; TRSM ile poliklinikte izlenen hastalar arasında bir fark olup olmadığının belirlenmesi, şizofreni hastasına ve onun ailesine yönelik hizmetlerin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı:

Bu çalışmada TRSM ve poliklinikte izlenen şizofreni hastalarında aile destek algısı ile yakınlarında depresyon ve duygu dışavurum düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada yanıt aranan sorular şunlardır:

TRSM ve polikliniğe başvuran şizofreni hastalarının:

1. Algıladıkları aile sosyal destekleri nedir?
2. Algıladıkları aile desteği ve yakınlarının duygu dışavurumu arasında bir ilişki var mıdır?
3. Algıladıkları aile desteği ve yakınlarının duygu dışavurumu ve depresyon düzeylerinin sosyodemografik değişkenlerine göre dağılımı nasıldır ve aralarında fark var mıdır?

TRSM ve polikliniğe başvuran şizofreni hasta yakınlarının:

4. Duygu dışavurumları nasıldır?
5. Depresyon düzeyleri nedir?
6. Duygu dışavurumu ve depresyon düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
7. Duygu dışavurumu, depresyon düzeyleri ve hastaların algıladıkları aile desteği arasında bir ilişki var mıdır?
8. TRSM ve poliklinik hastaları ve yakınları arasında algıladıkları destek, maruz kaldıkları duygu dışavurumları ve depresyon düzeyleri arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

Bireyin kendine özgü gerçekçi olmayan inanç sistemleri ve içe kapanma ile seyreden bilişsel, duyuşsal ve davranışsal bozuklukların görüldüğü; biyokimyasal, genetik, fizyolojik ve psikososyal stresörlerin ortak bir sonucu olarak meydana gelen ağır bir ruhsal bozukluktur (1, 2).

2.1.1. Şizofreni Epidemiyolojisi

Şizofreni genellikle gençlik çağında, 20'li yaşların başında ortaya çıkar. Erkeklerde kadınlara göre 5-10 yıl daha erken başlar (45). Çocuklukta görülmesi nadirdir ve % 0,0025 oranında çocuklukta meydana gelebilir (46). Yetişkinlerde, dünya genelinde ırk, sosyal statü veya kültür farklılığı gözetmeksizin şizofreninin yaşam boyu prevalansı % 1'dir (4). Erkeklerde ve kentsel bölgelerde daha sıklıkla tanılır. Şizofreni hastalarının birinci derecede biyolojik akrabalarında şizofreni ortaya çıkma olasılığı, genel topluma göre 10 kat daha yüksektir (47). Binbay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre Türkiye'de şizofreninin yaşam boyu görülme sıklığı % 0,9 olarak saptanmıştır. Bu oran erkeklerde % 1,1 kadınlarda % 0,6 olarak bölünmüştür (48).

2.1.2. Şizofreni Etiyolojisi

Şizofreninin nedeni hala kesin olarak bilinmemektedir. Hastalığın gelişiminde rol alan biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin rol aldığı düşünülmektedir (2).

Kalıtım ile ilgili çalışmalar şizotipik varyansın % 50'sinin genetik faktörlerden sorumlu olduğunu tahmin etmektedir (49). Kalıtımın ve yetiştirilme tarzının hastalığın oluşumuna etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmaya göre tek yumurta ikizleri arasında şizofreni görülme oranı çift yumurta ikizlerinin riskinden dört kat fazla, sıradan insanlardan ise yaklaşık % 50 daha fazladır (50).

Ebeveyni şizofreni hastası olan ve olmayan çocukların başka ailelerde yetiştirilmesi ile ilgili yapılan çalışmalarda ebeveyni şizofreni hastası olan çocukların şizofreni olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (49, 51, 52).

Şizofreninin etiyolojisinde beyin hücrelerinin haberleşmesini sağlayan kimyasal maddelerin (dopamin, adrenalin, serotonin, GABA gibi) miktarındaki bozukluklar olduğu bilinmektedir. Bunlardan en önemlisi dopamindir. Beyindeki yolaklarda dopaminin artması şekil 2.1’de görüldüğü gibi pozitif belirtileri ortaya çıkarır (46). Böylece hastada sanrı, halüsinasyon ve dağınık davranış örüntülerine neden olur. Dopamin olması gerektiğinden daha az olduğunda ise negatif belirtiler tabloya hakimdir (53, 54).

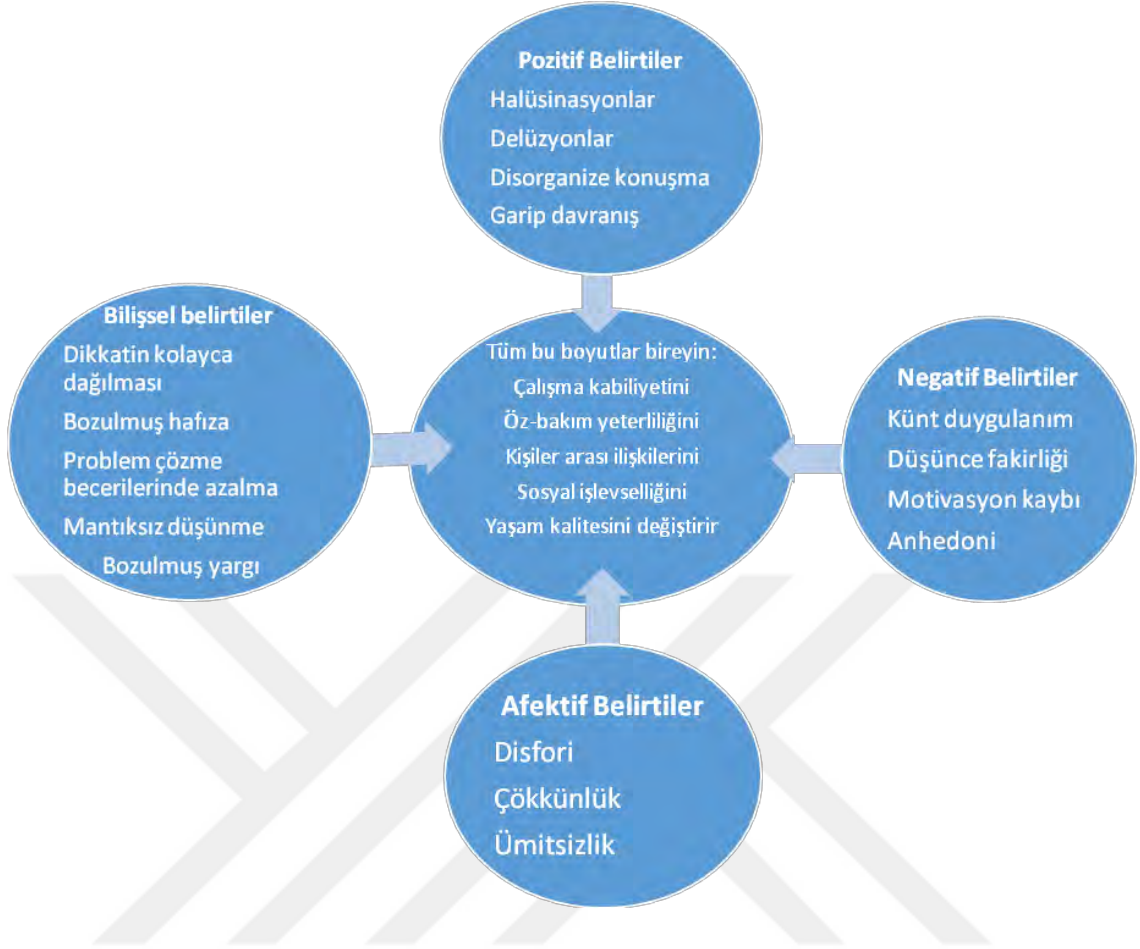
Şizofreni hastalığının gelişiminde bazı viral enfeksiyonlar, gebelik, doğum komplikasyonları, anatomik anormallikler, kafa travması, serebral tümör gibi fiziksel koşulların rol oynadığı ileri sürülmektedir (11).

Psikanalistler, şizofrenide doğuştan bir yatkınlığın olduğundan söz etmektedirler (55). Şizofreni hastalarının içinde büyüdüğü ailelerde bozuklukların olduğunu, çocuğa anne ve baba tarafından çift mesaj verildiğini ve bu çelişkili mesajlarla çocuğun çıkmaza girdiğini böylelikle nasıl davranacağını bilemediğinden bahsedilmektedir (56).

Şizofreni belirtilerinin düşük sosyoekonomik gruplarda yüksek sosyoekonomik gruplara göre daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Kalabalık ev ortamı, yetersiz beslenme, stresle baş etmede kaynakların yetersiz olması, ekonomik duruma ilişkin ümitsizliğin şizofreninin gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir (57).

2.1.3. Şizofreni Belirtileri

Şizofreni hastalığının klinik görünümü ve seyri bireyden bireye farklılık göstermektedir. Hastalığın belirtileri genel olarak pozitif ve negatif belirtiler olmak üzere iki kategoride incelenmektedir (58).



Şekil 2.1. Şizofreninin Dört Ana Belirti Grubu

Şizofrenide görülen bu belirtiler, hastaların birçok yaşam alanını olumsuz olarak etkilemektedir. Pozitif belirtiler; sanrılar, varsanılar, düşüncede ve davranışlarda bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Negatif belirtiler ise motivasyon kaybı, düşünce yoksunluğu, duygu ifadesinde donukluğu kapsamaktadır (59, 60).

Şizofreni hastalarının en belirgin özellikleri kendi kendine konuşma, öz bakımda yetersizlik ve çevreye ilgisizliktir (61). Birçok şizofreni hastası normal görünmesine karşın tuhaflıklar ve kaba olarak karşılanabilecek sosyal davranışlarda bulunabilirler. Sebepsiz gülmek, huzursuzluk, gürültülü veya ani, beklenmedik davranışlar sergileyebilirler. Çoğunlukla sosyal çevreden uzaklaşır, içe kapanır ve yalnız vakit geçirirler. Konuşmalar arasındaki ilişki bozulmuştur. Yeni kelimeler uydurabilir (neoloji), tekrarlayabilir (ekolali), teğetsel konuşabilirler (62). Şizofreni hastaları dikkatlerini belli bir konuya odaklama ve sürdürmede güçlük yaşayabilirler (63). Hastalığın alevlenme döneminde pozitif belirtiler hakimdir.

2.1.4. Şizofreni Tedavisi

Şizofreni, hastaların yaşamını bütün yönleriyle etkileyen kronik bir hastalık olduğu için, tedavi tasarlanırken üç amaç güdülür:

1. Belirtileri azaltmak ya da ortadan kaldırmak
2. Hastanın yaşam niteliğini ve uyumunu olabildiğince artırmak
3. Hastalığın yıkıcı etkilerini olabildiğince azaltmak (64).

Şizofreni hastalığının tedavisi tipik antipsikotiklerin bulunmasıyla hastaların pozitif belirtileri büyük oranda yatışmıştır. Daha sonra ikinci nesil atipik ilaçların kullanılması ile tedavide önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (65). İlaç tedavisine ek olarak psikososyal tedaviler de kullanılmaktadır (66). Tablo 2.1’de görüldüğü gibi psikososyal tedaviler; bireysel destekleyici terapiyi, psikoeğitimi, bilişsel davranışsal terapiyi, uyum terapiyi, destekli mesleki rehabilitasyon, istihdam ve konutlandırmayı, aile girişimlerini ve asertif sosyal yardımları içerir. Bu tedaviler bireyi, ailesini ve bireyin toplumdaki rollerini birlikte ele alarak hastanın işlevselliğini optimum seviyeye çıkarmayı amaçlar (67).

Eklektik tedaviler hastaların sosyal becerilerini artırmakta ve hastalığa uyumunu kolaylaştırmaktadır. Hastalığın alevlenmesine zemin hazırlayan psikososyal faktörlerin yönetimi, hastalık ile mücadelede tedavinin önemli bir parçasını teşkil etmektedir.

Tablo 2.1. Şizofreni İçin Psikososyal Tedaviler

Yaklaşım	Amaç
Bireysel destekleyici terapi	Hastanın tedavi ve rehabilitasyon ile uğraşması
Psikoeğitim	Hastalık yönetme becerilerini artırmak
Bilişsel davranışsal terapi	İnatçı belirtiler ve işlevselliği artırmak
Uyum terapi	Tıbbi tedaviye olan bağlılığı artırmak
Sosyal beceri eğitimi	Sosyal uyumu ve bağımsız yaşama becerilerini artırmak
Destekli mesleki rehabilitasyon	Ücret karşılığında çalışmaya dönüş
Destekli istihdam	Çalışma imtiyazını iyileştirmek
Destekli konutlandırma	Toplumsal ayrıcalığını iyileştirmek ve evsizliği önlemek
Aile girişimleri	Aile üyelerinin hastalık ve hastaya yaklaşımla ilgili bilgilerini artırmak ve daha iyi baş etme yöntemleri ile stresi azaltmak; hastaneye yatışları azaltmak
Girişken (Asertif) sosyal yardım	Hastaneye yatışları ve topluma olan riski azaltmak

Şizofreninin tedavisinde bütüncül olarak değerlendirildiğinde, farmakolojik tedavinin yanı sıra psikososyal tedavilerin uygulanması, hastaların tekrarlı yatışlarını önlemekte, tedavide başarı oranını artırmakta, hastanın ve ailenin baş etmesini güçlendirmektedir (68-70).

Sonuç olarak, şizofreni diğer birçok hastalıkta olduğu gibi hastayı biyo-psiko-sosyal açılardan aileleriyle birlikte değerlendirerek hasta merkezli ve bütüncül bir bakım ve tedavi gerektirmektedir.

2.2. Şizofreni ve Aile

Aile, stresli durumlarla baş etmede en önemli sosyal destek kaynaklarından biridir. Hastalık durumlarında aile üyeleri kurumsal desteklerin az olduğu ülkemizde hasta bireye yardım etmek için önemli bir konumdadır. Şizofreni hastalığı da aileyi en çok etkileyen ruhsal bozukluklardan biridir (71). Hastalığın aile üzerindeki etkisi hastalığın belirtileri ve dönemleri ile yakından ilişkilidir. Atakların ve hastaneye yatışların artması ile birlikte aile üyelerinde ruhsal sıkıntılar meydana gelebilmektedir. Çünkü hastalığın ilerlemesi ve yıkımın artması, ailede yükün ve bakım verenlerde tükenmişliğin artmasıyla birlikte hastanın aileden algıladığı sosyal desteği de azaltabilmektedir (72, 73).

Aileler yaşadıkları stres ile baş edebilmek için ağlama, kızgınlık, sosyal yaşamdan çekilme, inkâr, saldırgan davranışlar, olumlu düşünme, bilgi edinme, sosyal destek arama gibi baş etme yöntemlerini kullanmaktadırlar (74). Kronik ruhsal hastalığa sahip bireyi olan ailelerin bakım verme sürecinde işlevselliklerini sürdürebilmek için kullandıkları baş etme stratejilerinin yetersiz olduğu ve bakım verenlerin baş etmelerini geliştirmek için profesyonel desteğe gereksinim duydukları bilinmektedir (72).

Hastalara bakım vermek ve onların aileleri ile birlikte normal bir yaşam sürmesine yardımcı olmak psikiyatri hemşireliğinin önemli amaçlarından biridir (75).

Aile müdahaleleri sağlayan birçok çalışma takip periyotlarında psikotik hastaların relaps oranının düştüğünü göstermiştir (76, 77).

2.3. Aile ve Sosyal Destek

Sosyal destek, kişinin çevresinden gördüğü ilgi, saygı, sevgi ve takdir ile birlikte maddi ve manevi yardım olarak tanımlanabilir (78, 79). Sosyal destek algılanan ve sağlanan sosyal destek olmak üzere ikiye ayrılır (80). Sağlanan sosyal destek, bireye ailesinden, arkadaşlarından ve onun için özel olan kişiler tarafından sağlanan destek miktarıdır (81). Algılanan sosyal destek ise bireyin gereksinim duyduğunda başvurabileceği kişilere olan öznel değerlendirmesidir (82, 83).

Sosyal destek; aile, arkadaş ve önemli kişiler tarafından bireye ulaşan bir dayanaktır (84). Aileden algılanan sosyal destek ise bireyin kendini ailede sevildiğine, saygı duyulduğuna, değerli olduğuna dair inancıdır. Bireyin en önemli sosyal destek kaynaklarının başında aile gelmektedir. Özellikle şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin aileleri olduğu göz önünde bulundurulduğunda, hastanın tedavi sürecini yönetme, damgalamayla mücadele etme ve temel gereksinimlerini karşılamada ailelerinin destekleri hastaların baş etmelerini olumlu yönde etkilemektedir (85, 86).

Birey şizofreni tanısı aldıktan sonra aileler karmaşık duygular içerisinde birbirlerini suçlayabilir, öfke ve utanç duyabilir, hastalığı gizleme çabasında olabilirler. Bu durum hastanın aile ilişkilerinden aldığı doyumunu ve ailesinden algıladığı sosyal desteği de etkilemektedir (87-89). Sosyal destek, kişilerin endişe

verici durumlarını ortadan kaldırmasa da kaygı düzeylerini azaltma ve stres ile baş etmede bireyin motivasyonunu artırır (90).

Duygusal gerginlik ve kriz anında hem hasta bireyler hem de aile üyeleri bu duruma dayanma gereksinimi içinde olurlar ve bir destek ağı oluştururlar. Ailenin oluşturduğu bu destek ağının, hastanın hastalığa uyum sürecini kolaylaştırıcı bir etkisi vardır (23).

2.4. Aile ve Duygu Dışavurumu

Duygu dışavurumu kavramı ilk olarak Brown ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Hastaneden taburcu olan 229 şizofreni hastasından ailesi ile yaşayanların yalnız ya da pansiyonlarda yaşayanlara göre daha fazla relaps yaşadıklarını fark etmişlerdir. Bu, onları şizofreninin relapsı ve aile ilişkileri arasında bir bağ olabileceği konusunu araştırmaya yöneltmiştir (91). Daha sonra Brown ve arkadaşları 129 şizofreni hasta ve yakınlarıyla taburculuk sırasında, taburculuktan bir hafta sonra ve taburculuktan bir yıl sonra görüşmeler yapmıştır. Görüşme sırasında aktarılan duygular genellikle baskın oluş ve düşmancıl oluş olmuştur. Bu dışa vurularak gösterilen duygular, hasta ve hasta yakını açısından değerlendirilerek yüksek ve düşük duygu dışavurumu şeklinde ikiye ayrılmıştır. Bir yıl sonucunda yüksek duygu dışavurumu gösteren ailelerde yaşayan hastaların diğer gruba göre daha fazla relaps yaşadıkları saptanmıştır (14).

Duygu dışavurumu, yukarıda da belirtildiği gibi şizofreni tanılı aile üyesinin akrabaları tarafından ifade edilen duygu, tutum ve davranışları içerir. Duygu dışavurumunun davranış örüntüleri genellikle eleştirici, düşmancıl ve kollayıcı/koruyucu değildir ve dışa vurulan duygulanım ölçeği de bu alt boyutları kapsamaktadır (92).

Aile üyelerinin hastaya olan tutumu ve ailenin duygusal atmosferi hastalığın gidişi ve alevlenmeleri üzerine etkilidir. Yaşanan stres, hastalık belirtilerinin şiddetlenmesinde önemli rol oynar. Yüksek duygu dışavurumu da hasta için ciddi bir stresördür (93). Birçok çalışma yüksek duygu dışavurumuna sahip ailelerde hastaların daha fazla alevlenme dönemleri yaşadıklarını göstermektedir (94-96). Bu nedenle şizofreni hastalık belirtilerinin azaltılmasında sadece farmakoterapinin yetersiz olduğu, ilaçlara ek olarak söz edilen davranışların düzeltilmesinde

psikoterapötik ve psikososyal müdahalelerin faydalı olduğu düşünülmektedir (28, 29).

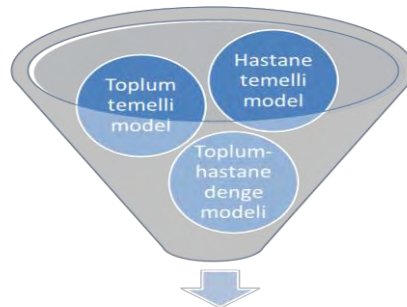
2.5. Şizofreni Hasta Yakınlarındaki Ruhsal Problemler

Şizofreni, hastalıklar arasında en fazla aile içi sorunlara sebep olan bozukluklardandır. Aile üyeleri tedavi sürecine ilişkin şaşkınlık, tedirginlik, gerginlik gibi karmaşık duygular yaşayabilmektedir. Utanç duygusuyla bazen hastayı ve hastalığını gizleme çabasında olabilirler. Bu utanç ailedeki bireylerde öfke ve çaresizliğe neden olabildiği gibi hasta da, bu olumsuz atmosferde kendini daha kötü hissedebilir. Bu nedenle, şizofreni tanısı alan hasta ve diğer aile üyelerinin de duygusal durumları iyice bozulabilir; anksiyete ve depresyon başta olmak üzere ruhsal problemler ortaya çıkabilir (97).

Hasta yakınlarının hastanın hastaneye yatışı ve taburculuğu sırasında yoğun duygular yaşadığı bilinmektedir. Özellikle zorunlu yatış durumlarında hasta yakınları daha fazla etkilenmektedirler. Bu duyguların dışavurumu koruyucu-müdahaleci olabileceği eleştirel ve düşmancıl da olabilir. Bazı ailelerde tükenmişliğin ortaya çıkmasıyla düşmancıl ya da aşırı koruyucu tutum ortadan kalkabilir. Zamanla şizofreni belirtilerinin kronikleşmesi ve şiddetlenmesi, aile içinde sorunların artmasına yol açabilir (18, 98, 99)

2.6. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Dünyada ruh sağlığı alanındaki hizmet modelleri şekil 2.2’de görüldüğü gibi hastane temelli, toplum-hastane denge ve toplum temelli olmak üzere üçe ayrılmaktadır.



Şekil 2.2. Ruh Sağlığı Hizmeti Sunumu

Hastane Temelli Model

1960'lı yıllara kadar yaygın olarak bu model ile hizmet verilmiştir. Ruhsal hastalıkların hastanede tedavi edilebilir olduğu fikri psikiyatrik hastalıklara bakış açısını geliştirmiştir; ancak şehir dışında çok büyük yapılar olarak inşa edilmiş psikiyatrik hastaneler hasta haklarının ihmal edildiği, hastaların aile desteği alamadıkları, damgalamaların pekiştiği ve yetersiz hijyen koşullara sahip yapılar olarak karşımıza çıkmaktadır (100, 101).

Toplum Temelli Model

1960'lardan sonra yaygınlaşan ağır ruhsal bozukluğu olan ve hastanede uzun süre yatan bireylerin psikososyal tedavisine yönelik ve ayrıca ruhsal sorunların önlenmesini amaçlayan coğrafi alanlara bölünmüş birimleri kapsamaktadır. Toplum temelli ruh sağlığı sistemi 3 unsur üzerine odaklanmıştır:

- Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması
- Hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi
- Tanımlanmış her bölgeye sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması

Toplum merkezli uygulamaların düzenlenmesinde temel, hizmetin ulaşılabilir ve yerel ihtiyacı karşılayabilir olmasıdır. İkinci önemli nokta ise oluşturulan bu servisin diğer servislerle bağlantıda olması ve farklı ihtiyaç alanları ile ilişki içinde çalışmasıdır.

Toplum ruh sağlığı öne koyduğu bu modelle beraber yeni bir örgütlenme biçimini de öngörmektedir (102).

Toplum-Hastane Modeli

Bu karma model üç ana başlığı içerir. Birincisi poliklinik ve yataklı tedavi hizmetleri, ikincisi hasta olmayan bireylere ruh sağlığı ile ilgili hizmetlerin verilmesi, üçüncüsü ruh sağlığı ile ilgili kurumsal faaliyetleri içerir (3).

Toplum Ruh Sağlığının Tarihsel Gelişimi

Tarihsel gelişim süreci içerisinde psikiyatrik tedaviler birtakım önemli gelişmelerle değişmiştir. Bunlar dört basamakta incelendiğinde ilk olarak en önemli adımı 18. yüzyılın sonlarına doğru Fransız psikiyatrist Phillipe Pinel atmıştır. Ruh hastalarını zincirden kurtaran hekim olarak tanınan Pinel, hastaların insani bakım alabilmelerine öncülük etmiştir. İkincisi 19. yüzyılın sonlarında Sigmund Freud tarafından ortaya atılan ve birçok kesimin dikkatini çeken psikanalitik kuramın ruhsal bozuklukların tanı ve tedavisi üzerine etkisidir. Üçüncüsü, 20. yüzyılın ikinci yarısında klorpromazinin tedaviye girmesidir. Böylece biyolojik psikiyatrinin altın çağı başlamıştır (103). Dördüncüsü ise toplum ruh sağlığı hareketidir (1, 104, 105).

İkinci dünya savaşı sırasında halk sağlığı konuları ile ilgili kaygıların artmasıyla birlikte sosyal psikoloji ve toplum sağlığı konularına verilen önem artmıştır (106). Amerika’da 1963’te Başkan John F. Kennedy toplum ruh sağlığı yasasını imzalayarak psikiyatrik tedavilerde yeni bir dönemi başlatmıştır. Bu yasa, ülke genelinde kapsamlı toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulmasına öncülük etmiştir (107).

Dünyada ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

İngiltere’de 1948’te Ulusal Sağlık Hizmetinin yürürlüğe girmesiyle birlikte yerel bölgelere Stratejik Sağlık Daireleri kurulmuştur. Bu daireler bölge halkının sağlığını geliştirecek uygulamaların planlanması, kalitenin denetlenmesi, ulusal sağlık hizmet politikalarının yerel sağlık hizmet ile entegrasyonunu temin etmek ve hizmet kapasitesini artırmak ile görevlidir. Depo hastanelerinin kapatılmasıyla birlikte psikiyatri yatak sayısı 150 000’lerden 35 000’e düşmüştür. Psikiyatrik yardım arayan bireyler, toplum ruh sağlığı ekiplerine başvurular. Toplum ruh sağlığı ekibinin büyük bir çoğunluğunu toplum psikiyatri hemşireleri oluşturmakla birlikte, ekipte psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları, klinik psikologlar ve ergoterapistler yer almaktadır (3, 39, 108, 109).

Amerika Birleşik Devletleri’nde ruh sağlığı hizmetleri tablo 2.2’de gösterildiği gibi dört modelde yürütülmektedir. Bunlardan ilki halk sağlığı modeli, toplumda riskli gruplarla çalışır. Birincil, ikincil ve üçüncül koruma kavramlarını içerir. Psikiyatrik tabloların uygun örgütlenme ve yaklaşım modelleri içerisinde bir

koruma modelinin oluşturulması amaçlanmıştır. Yapılan çalışmaların sonuçları eşliğinde psikiyatride erken tanı ve korunma önemli bir hale gelmiştir (110).

Sosyal etioloji çalışmaları 1950 ve 60'lı yıllarda psikiyatrinin içerisinde psikiyatrik bozukluklardan uygun şartların oluşturulması ile beraber korunmanın mümkün olduğunu ortaya koymuştur. Birincil korumanın gelişimsel psikopatolojideki artan bilgi birikimi, psikiyatrik tabloların oluşmadan önlenmesi veya yatkın gruplara özel programlar eşliğinde toplum içerisinde taşınabileceğini ortaya koymaktadır.

İkincil koruma temelde psikiyatrik bozukluğun erken tanısını hedeflemektedir. Buna yönelik erken tanı ve tedavi esas alınmaktadır.

Üçüncül koruma modeli ise psikiyatrik tablonun toplum içerisinde tutulması, işlevselliğinin ve bütünlüğünün korunması ve olası relapsların önlenmesini içerir (44) (Şekil 2.3.). Birincil, ikincil ve üçüncül önleme kapsamında hemşirelik aşağıda verilen şu rolleri kapsamaktadır.

Birincil önlemede hemşirenin rolleri;

1. Birey merkezli müdahale
2. Okul çocuğuna yönelik müdahaleler
3. Uyumlu ilişkileri sağlamak için aile merkezli müdahaleler
4. Ailelerin bütünlüğünü korumaya yönelik müdahaleler
5. Kriz yaşayan aileler için müdahaleler
6. Ruh sağlığı eğitimi
7. Toplum odaklı önleyici ölçümler

İkincil önlemede hemşirenin rolleri;

1. Erken tanı ve vaka bulunması
2. Erken başvuru
3. Görüntüleme programları
4. Hasta için erken ve etkili tedavi, eğer aile üyeleri için de gerekliyse onlara da
5. Sağlık personelinin eğitimi
6. Konsültasyon hizmetleri
7. Krize müdahale

Üçüncül önlemede hemşirenin rolleri;

1. Aile üyelerinin tedavi programına dahil olması
2. Mesleksel programların yürütülmesi
3. Toplum ruh sağ hemşiresi ile sürekli iletişim halinde olmaktır (44).



Şekil 2.3. Preventif Psikiyatri

Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen ruh sağlığı hizmetlerinden ikincisi biyomedikal model, organik kökenli ruh hastalıklarında tanı, tedavi ve önlemeye odaklanır. Üçüncüsü sistem modeli ise hastaların biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerini ele alarak hastaların toplumda işlevselliği artırmaya odaklı rehabilitasyon hizmetleri sunar. Dördüncü ve sonuncu model olan hasta merkezli model ruhsal bozukluğu olan bireyleri evsiz olanlar, hapishanede olanlar ve kırsal bölgede olanlar şeklinde üç grupta toplar. Merkezdeki bireye kültüre ve gereksinimlerine göre hizmet sunar (105, 110).

Tablo 2.2. Toplum Ruh Sağlığı Hizmet Modelleri

Model	Kavramsal Çerçeve	Müdahale Stratejisi	Hemşirelik Rolü
Halk sağlığı (1960-1970)	Korumaya odaklanır Hasta olarak toplum Yüksek risk gruplarını hedefleyerek hizmet verir	Toplumu değerlendir Yüksek risk grupları tanımla Danışmanlık Eğitim	Bazı grup ve aile katılımı Kronik mental hastalığı olan bireylerin bakımı Sınırlı koruyucu çalışma
Biyolojik-tıbbi (1970-1980)	Ruhsal bozukluk tanısı olan bireylere odaklanır	Tıbbi yönetim Psikoterapi Hastane sonrası bakım programları	İlaç tedavisinin yönetimi ve izlenmesi Hastane sonrası bakım programlarının koordinasyonu Psikoterapi
Sistem (1980-1990)	Rehabilitasyonda biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin rolüne odaklanır Geliştirilmiş kapsamlı bakım sistemleri	Toplum destek sistemleri Hizmet koordinasyonu Vaka yönetimi	Toplum hizmetlerinin koordinasyonu Vaka yönetimi aktiviteleri
Hasta merkezli (1990-şimdi)	Tüketici iştirakı Kültüre uygun hizmetler Hizmet sistemindeki bireye odaklanır	Toplum içinde atılğan tedavi Çok sistemli terapi	İlaç tedavisinin yönetimi Yeni girişimler ev bakımı, sosyal yardım, işbirlikçi uygulama, önleyicilik ve korunma

Ülkemizde ilk akıl hastanesi Osmanlılar zamanında Fatih Sultan Mehmet tarafından açılmıştır. 1959'da ruh sağlığı dispanserleri açılmıştır. Toplumda tarama yaparak hastalıkların erken teşhisi, risk taşıyan bireyleri gerekli birimlere sevk ederek hizmet vermeyi amaçlamıştır. 1970 yılında gündüz hastanelerinin açılmasını daha sonra korumalı işyerleri ve yarı yol evlerinin açılması takip etmiştir. 1984'te Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı kurularak beşi büyük ruh sağlığı merkezlerinin bulunduğu vilayetler (İstanbul, Manisa, Elazığ, Adana, Samsun) olmak üzere İç Anadolu Bölgesi ile birlikte altı bölgeye ayrılmıştır (105).

2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı hazırlanmıştır. Buna göre ruh sağlığı hizmetlerinin koordinasyonu ve toplum temelli sisteme geçiş ile TRSM'lerin açılması hedeflenmiştir.

Toplum ruh sağlığı merkezleri;

- Birincil sağlık bakım sistemine akıl sağlığı bakımını entegre etme,
- Uzun süreli yatışları bulunan ruhsal bozukluğu olan hastaların toplum içinde rehabilitasyonu,
- Toplumda stigma karşıtı programların uygulanması,
- Topluma dayalı etkili önleyici girişimleri başlatma,
- Ruhsal bozukluğu olan bireylerin topluma tümünden katılımını sağlama hizmetlerini yerine getirir (111).

2.7. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği

Toplum ruh sağlığı hemşireliği, bireylerin ve toplumun ruh sağlığını sürdürme, geliştirme ve ruhsal hastalığı olan ve hastalığın rezidüel etkileri devam eden risk altındaki bireylerin rehabilitasyonunda uzmanlaşmış, psikiyatri hemşireliğinin alanıdır (44). Hemşirelik Yönetmeliği'nde TRSM hemşiresi, bireyin, ailenin ve toplumun ruh sağlığını koruma ve geliştirmesine hizmet eden sağlık ekibi üyesi olarak tanımlanmaktadır (43). Toplum ruh sağlığı hemşireliği, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin özelleşmiş bir alanıdır (112).

Toplum ruh sağlığı hemşiresi; değerlendirme, koordinasyon, sevk etme, krize müdahale, hasta haklarını gözetme, savunma, ev ziyaretleri, ilaç uygulama becerileri ve yeteneklerini elde etmiş olmalıdır (113). Toplum ruh sağlığı hemşiresi güçlük yaşayan hastasının bakımı için daha etkili yollar bulmaya çalışır, hemşirelik

yönetmeliğinde de belirtildiği üzere bireysel danışmanlık verir ve hastanın bakımını planlar (43, 114). Tablo 2.3’de Avusturalya’da Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin rolleri 18 bileşen ile verilmiştir. Daha önce belirtilen rollere ek olarak, hemşire yerel idari kurumlar, birinci basamak sağlık hizmetleri ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yapmalı, hastaların birinci basamak hizmetten faydalanıp faydalanmadığını belirlemelidir (115). Tablo 2.3’ün 12. bileşenine göre hemşire, ruh sağlığı yasası ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmelidir; ancak ülkemizde henüz ruh sağlığı yasası bulunmamaktadır.



Tablo 2.3. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rollerinin 18 Bileşeni

Rolün Bileşeni	Rolün Boyutları
1. Ruhsal durum muayenesi/ Risk değerlendirme/ Geçici hemşirelik tanısı	Kapsamlı ruhsal durum muayenesi ve risk değerlendirmesi ve kabul edilmiş tanılamaya sistemlerinin DSM V, ICD 10 gibi kullanılması
2. Hastanın psikopatolojisini gözlemlemek	Hastanın ruhsal durumunu, semptomlarını, risk seviyesini, yaşam kalitesini gözlemle
3. Psikofarmakoloji	Reçete edilen ilaçların yönetimi
4. Fiziksel sağlığın yükseltilmesi- Metabolik izlem	İyilik halinin yükseltilmesi. Komorbid fiziksel sağlık problemleri gelişmesi konusunda risk altındaki bireylerin erken tanınması. Diş hijyeni; madde ve alkol kullanımına ilişkin eğitim
5. Girişken sosyal yardım	Tedaviye uyumu kötü olan hastaların takibi. Krize müdahale. Aileyi dahil etme.
6. Konsültasyon ve liyezon	Birinci basamak sağlık hizmetleri, sivil toplum kuruluşları ve yerel idari kurumlar ile işbirlikçi çalışma.
7. Bakımın iç koordinasyonu	Disiplinler arası takım koordinasyonu, takım toplantıları, vaka yönetimi ve klinik gözden geçirme.
8. Fonksiyonel değerlendirme	Hastanın günlük yaşam aktivitelerini, bağımsızlık düzeyini değerlendirmek ve sosyal, ekonomik ve kültürel olarak daha geniş bir çevre ile bütünleşmesini sağlamak.
9. Psikoterapötik girişimler/ Tedavi girişimleri	Psikolojik teknikleri içeren müdahalelerde bulunmak
10. Terapötik ilişki	İleri derecede ruhsal bozukluğu olan bireylerin sosyal ve mesleki işlevselliğini sürdürmek için destekle.
11. Eğitim Resmi/ Resmi olmayan	Hasta, bakım verenleri, idari personel, sivil toplum kuruluşları gibi ilgili bireylere ruh sağlığı hakkında bilgi vermek.
12. Ruh Sağlığı Yasası altındaki sorumluluklar	Yasanın sorumluluklarını yerine getirmek
13. Birinci basamak hizmetleri ile paylaşılan bakım	Taburcu olan hastaların birinci basamak hizmetlerinden faydalanıp faydalanmadığından emin ol.
14. Klinik dokümantasyon ve ulusal veri toplama sorumlulukları	Ulusal istatistik verilerine hizmeti ve yapılan aktivitelerin bilgisini toplama.
15. Disiplinler arası takım eğitimi, organizasyonu ve yönetimi	Daha az deneyimli takım üyesinin denetimi ve disiplinler arasında aracı hizmetlerin müzakeresi
16. Rehberlik, süpervizyon, ve diğer klinisyenleri desteklemek	Daha az tecrübeli veya yeni klinisyenleri/ öğrencilerin denetimi ve uzman görüşünün beyanı.
17. Stratejik takım planlaması	Ulusal devlet politikaları çerçevesinde hizmetin ve takımın düzeyini açıklamak
18. Diğer görevler	1-17 arasında belirtilmemiş tanımlanmış diğer roller

Bu konu ile ilgili birtakım eksiklikler olmasına rağmen, ülkemizde 2011 yılında oluşturulan ve 2016 yılında güncellenen ruh sağlığı eylem planı ile psikiyatri hemşireliğinde lisansüstü eğitimi tamamlamış personel sayısının artırılması hedeflenmektedir. Bu yönergede TRSM hemşiresi hastaların genel sağlık durumunun takibi ve tedavilerin uygulamasından sorumludur (116).

Bu yönergeye ek olarak hemşirelik yönetmeliğinde TRSM hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları şu şekilde özetlenebilir:

- Ruh sağlığı açısından risk taşıyan bireylerin (adölesan, gebe, işsiz, engelli, emekli, yaşlı) ruh sağlığını değerlendirmek ve gerekli müdahalelerde bulunmak
- Taburculuk sonrası hastaların tedaviye ve topluma uyumuna yardımcı olmak,
- Öfke kontrolü, stresle baş etme, evlilik eğitimleri gibi programları hazırlamak,
- Bireysel ve grup danışmanlığı vermek,
- Koruyucu ruh sağlığına yönelik toplumu bilgilendirmek,
- Ruhsal hastalıkların damgalanması ile mücadele etmek (43).

Bir ülkede ruh sağlığı hizmetlerinin verimini sağlayabilmek için o ülkede yaşayanları ruh sağlığı açısından korumak, riskli grupları belirlemek, erken tanı ve müdahaleyi sağlamak ve böylece sağlıkta yaşam kalitesini artırabilmek için eğitimi ve danışmanlığı içeren rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi gerekir. Tüm bu hizmetler için toplum ruh sağlığı hemşirelerine ihtiyaç duyulmaktadır (117).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Ankara İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) ile psikiyatri polikliniği bulunan bir devlet hastanesi ve bir üniversite hastanesinde izlenen şizofreni hastalarının algılanan aile desteği ve yakınlarının duygu dışavurumları ile depresyon düzeyleri ve bunlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde ve Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ile Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) psikiyatri polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir. Ankara İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde toplam sekiz TRSM bulunmaktadır. Bunlardan Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH bünyesindeki TRSM araştırmanın uygulanmasına izin vermemiştir (Ek 15). Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji EAH TRSM, Ankara Numune EAH TRSM ve Ankara Prof. Dr. Celal Ertuğ Etimesgut Devlet Hastanesi'ne bağlı TRSM yazılı izinlere ve görüşmelere yanıt vermemeleri nedeniyle araştırma kapsamına alınamamıştır.

Bu nedenle araştırma, Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi'ne bağlı TRSM, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle EAH TRSM, Ankara EAH TRSM, Keçiören EAH TRSM içeren toplam dört TRSM ile Hacettepe Üniversite Hastanesi ve Ankara Numune EAH psikiyatri polikliniklerinde şizofreni hastaları ve yakınları ile yapılmıştır. Bu TRSM ve polikliniklerin özellikleri aşağıda sunulmaktadır.

Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi:

Bu merkez 2011 yılında kurulmuştur. Merkezde bir psikiyatrist, üç hemşire, bir sağlık memuru, bir psikolog, bir sosyal çalışan kadrolu olarak çalışmaktadır. Eğitim, uğraşı, idari ve temizlik görevlileri ekipte yer almaktadır. Merkez hafta içi

her gün 08.00-17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Merkezde 390'ı şizofreni hastası olmak üzere toplam 416 hasta takip edilmektedir.

Hastaların TRSM'ye geliş ve gidişlerini sağlamak amacıyla hastane tarafından Sincan-Fatih-Yenikent bölgelerine hizmet veren bir servis tahsis edilmiştir. Hastaların izlemleri ev ziyaretleriyle, telefon aracılığıyla ve merkezde yapılmaktadır. Merkezde günde ortalama 20 hasta izlenmekte ve aile psikoeğitimi hemşire tarafından, grup psikoterapisi psikolog tarafından ve sosyal beceri eğitimi sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılmaktadır. Ekim-Haziran aylarında sanat ve uğraşıya yönelik ilgili öğretmenler tarafından eğitim verilmektedir.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi: Merkez 2012 yılında kurulmuştur. Merkezde bir psikiyatrist, bir hemşire, bir sağlık memuru, bir psikolog kadrolu olarak çalışmaktadır. Eğitim, uğraşı, idari ve temizlik görevlileri ekipte yer almaktadır. Merkez hafta içi her gün 08.00-17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. 324'ü şizofreni olmak üzere toplam 366 hastası bulunmaktadır. Günde ortalama 22 hasta gelmektedir. Hastaların ev ziyaretleriyle, telefon aracılığıyla ve merkezde izlemleri yapılmaktadır. Grup psikoterapileri psikolog tarafından yürütülmektedir. Her ay aile toplantıları yapılmaktadır. Batıkent sınırları içinde hastaların merkeze geliş ve gidişini sağlayan servis vardır. Her sabah spor etkinliklerini müteakip, müzik, drama ve el sanatları dersleri verilmektedir. Drama dersi kapsamında belediye sahnesinde tiyatro sergilenmiştir. Merkez dışında da birçok sosyal faaliyet yapılmaktadır.

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi: 2015 yılında kurulan merkezde iki hemşire, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı, bir doktor üç el sanatları öğretmeni çalışmaktadır. Merkez hafta içi her gün 08.00-17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Toplam 156 hastası olmakla birlikte günde ortalama 10 hasta merkezi ziyaret etmektedir. Hastane tarafından temin edilen hastalar için ulaşım servisi mevcuttur.

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi: Tümü şizofreni hastası olmak üzere toplam 71 hasta kayıtlıdır. 2015 yılında kurulan merkezde bir hemşire, bir psikolog, bir sosyal hizmet uzmanı, bir doktor ve bir el sanatları öğretmeni vardır. Merkez hafta içi her gün 08.00-17.00 saatleri arasında

hizmet vermektedir. Hastaların ulaşımı için bir servis bulunmamaktadır. Günde ortalama yedi hasta merkezi ziyaret etmektedir.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Psikiyatri Polikliniği: Hacettepe Üniversitesi Hastanesi psikiyatri polikliniği 08.30-17.00 arası randevu ile çalışmaktadır. Hastalar, öğretim üyeleri, asistan doktorlar tarafından muayene edilmekte ve gerekli görülenler psikologlara yönlendirilmektedir. Haftada iki gün poliklinik hemşiresi tarafından aynı psikotik hastalar ile kapalı grup şeklinde görüşmeler yapılmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi 2011 yılında Joint Comission International tarafından akredite edilmiştir. Hastalara bir sonraki randevu tarihi verilerek ve telefonla aranarak takipleri yapılmaktadır.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği: Ankara Numune EAH psikiyatri polikliniği asistan doktorları ile üç adet odada poliklinik hizmeti sunmaktadır. Poliklinikte bir hemşire bulunmaktadır. Hastalara bir sonraki randevu tarihi verilerek takip edilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara İli Büyükşehir Belediye sınırları içinde bulunan TRSM ve psikiyatri polikliniklerinde izlenen şizofreni hastaları ve bu hastaların yakınları oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemine; bu araştırmaya bire bir benzeyen bir araştırma bulunmadığından ve TRSM'lerin kuruluş yılları ve hasta sayıları farklılık gösterdiğinden, araştırmaya benzer ve son yapılan çalışma (118) temel alınarak %90 güç, %5 hata ve %30'luk bir korelasyon bulmak için power analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre TRSM grubundan en az 88 hasta ve yakını olarak hesaplanmıştır. Poliklinikte izlenen hastalarla karşılaştırma yapılacağı için bu gruptan da aynı sayıda (88) hasta ve yakını alınmıştır.

Araştırmanın örneklemine Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi TRSM'den 36 hasta ve yakını; Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle EAH TRSM'den 30 hasta ve yakını; Keçiören EAH'ne bağlı TRSM'den 9 hasta ve yakını; Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı TRSM'den 13 hasta ve yakını oluşturmuştur.

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi psikiyatri polikliniğinde 44; Ankara Numune EAH psikiyatri polikliniğinde de 44 hasta ve yakını araştırmaya dahil edilmiştir.

Toplamda psikiyatri polikliniklerinden 88 ve TRSM'lerden 88 olmak üzere 176 tane şizofreni hasta ve yakını ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

Örnekleme dahil etme kriterleri

TRSM grubu hastalar için örnekleme dahil etme kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olmak
- Okur-yazar olmak
- TRSM'ye en az üç aydır kayıtlı olmak
- TRSM'ye en az iki hafta da bir gelmek
- Ailesiyle birlikte yaşamak
- Gerçeği değerlendirme yetisi ve içgörüsü olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

Poliklinik grubu hastalar için örnekleme dahil etme kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olmak
- Okur-yazar olmak
- Ailesiyle birlikte yaşamak
- Gerçeği değerlendirme yetisi ve içgörüsü olmak
- TRSM'ye kayıtlı olmamak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

Tüm hasta yakınları için örnekleme dahil etme kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olmak
- Okur-yazar olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (Ek 1). Araştırmanın yürütüldüğü Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nden (Ek 8), Ankara Numune EAH'den (Ek 9), Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi (Ek 11), Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle EAH (Ek 12), Keçiören EAH (Ek 13), Ankara EAH'ne (Ek 14) bağlı TRSM'lerden yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan hasta ve yakınlarına gerekli açıklamalar yapıp, sözel onamları ile birlikte aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Hastalara, hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemek için “Hasta Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu”, hastaların aile desteği algılarını belirlemek amacıyla “Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ-R)” uygulanmıştır.

Hasta yakınlarına ise hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerini belirlemek için “Hasta Yakını Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu”, depresif duygudurum düzeylerini belirlemek için “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)” ve duygu dışavurum durumlarını belirlemek amacıyla “Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği (DDÖ)” uygulanmıştır.

3.5.1. Hasta Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu (Ek 3)

Bu soru formu hasta ile ilgili tanıtıcı bilgileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur (36, 48, 119). Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, kimlerle yaşadığı, hastaneye kaç kez yattığı, hastalık süreleri, TRSM'ye/polikliniğe gelme sıklıkları, ve TRSM'ye/polikliniğe gelme amaçlarını değerlendiren toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Hasta Yakını Tanıtıcı Özellikleri Soru Formu (Ek 4)

Bu soru formu şizofreni hasta yakınlarına ait tanıtıcı bilgileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur (77, 120, 121). Form, hasta yakınının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu,

hasta ile günde kaç saat vakit geçirdiği, ne kadar süredir hastaya bakım verdiğini içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

3.5.3. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ-R) (Ek 5)

Hastaların algıladıkları sosyal destek durumunu belirlemek amacıyla Procidano ve Heler' in (1983) geliştirdiği ölçeğin, Türkçe' ye ilk uyarlamasını Eskin (1993) tarafından yapılmıştır. Yıldırım tarafından 1997 yılında ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması yeniden yapılmıştır (122). Ölçek maddeleri “Evet”, “Hayır” ve “Kısmen” şeklinde cevaplanmaktadır. Evet 2, Kısmen 1 ve Hayır 0 olarak puanlanmaktadır. Tüm maddelerden alınan puanların toplanmasıyla toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten en az 0 en fazla 40 puan alınabilmektedir. Ölçekten elde edilen puanların yüksekliği; algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu, ölçekten alınan puanın düşüklüğü ise; algılanan sosyal desteğin düşük olduğunu göstermektedir. ASDÖ-R’de üç alt boyut bulunmaktadır. Bunlar ailem, arkadaşlarım ve öğretmenlerimdir. ASDÖ-R toplam 50 maddeden oluşmaktadır. Bu çalışmada 20 maddeden oluşan aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği kullanılmıştır. ASDÖ-R’nin toplam ölçek için Cronbach alfa değeri 0,91; aile desteği için 0,83; arkadaş desteği için 0,77 ve öğretmen desteği için 0,83’tür.(123). Araştırmamızda bu alt ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,85 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği (DDÖ) (Ek 6)

DDÖ, Berksun (1992) tarafından geliştirilen ve şizofreni hastaların yakınlarına uygulanan bir ölçektir. 41 sorudan oluşan ölçek “Doğru”-“Yanlış” şeklinde cevaplandırıldıktan sonra, doğru cevaplar için 1 ve yanlış cevaplar için 0 puanı verilmektedir. Böylece en az 0 en fazla 41 puan elde edilebilmekte ve ölçeğin kesim noktası bulunmamaktadır. Kuder Richardson güvenirlik katsayısı değeri ölçeğin tümü için 0.89’tur. Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdahalecilik alt ölçekleri için Kuder Richardson güvenirlik katsayısı 0,82; Eleştirici-Düşmancıl Oluş alt ölçeği için 0,92’dir (124). Araştırmamızda ölçeğin Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdahalecilik alt ölçeği için Cronbach alfa değeri 0,65; Eleştirici-Düşmancıl Oluş alt ölçeği için 0,75 ölçeğin tümü için Cronbach alfa değeri ise 0,70 bulunmuştur.

3.5.5. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Ek 7)

Beck tarafından 1979 yılında geliştirilen ölçeğin, ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.80 bulunmuştur. Ölçekte depresyonda görülen duygusal, bilişsel, motivasyonel alanlarda ortaya çıkan belirtilerini ölçen 21 madde bulunmaktadır. Bu ifadeler depresyonun belirtileri ile ilgilidir (125). Ölçek, dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Ölçeğin her maddesi 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 0-63 arasında olmakla birlikte, ölçeğin kesme puanı 17 olarak kabul edilmiştir (126). Ölçeğin çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0,87 bulunmuştur.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

3.6.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Hasta ve Hasta Yakını Tanıtıcı Özellikleri Formlarının ön uygulaması 04-22 Ocak 2016 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi psikiyatri polikliniği ve Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi TRSM’de toplam 16 hasta ve yakını ile yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında kullanılan soru formlarında anlaşılmayan herhangi bir soru bulunmadığı belirlendiğinden, değişiklik yapılmamıştır ve ön uygulamaya katılan bireyler araştırma örneklemine dahil edilmiştir.

3.6.2. Araştırmanın Uygulanması

Bu araştırma 25 Ocak - 05 Aralık 2016 tarihleri arasında ilgili kurumlardan gerekli yazılı izinler alınarak, TRSM’de ve poliklinikte belirlenen uygun bir odada hasta ve yakınlarının yazılı onamları alınarak yapılmıştır. Hastalara, “Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu” ve “Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” uygulanırken; hasta yakınlarına ise, “Hasta Yakını Tanıtıcı Özellikleri Formu”, “Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği” ve “ Beck Depresyon Ölçeği” eş zamanlı olarak uygulanmış ve ortalama 20 dakika sürmüştür. Hem TRSM’lerde hem de psikiyatri polikliniklerinde veri toplama araçlarının uygulanması sırasında hasta ve yakınlarının yanında bulunulmuş, gerekli açıklamalar yapılmış ve tamamlamaları konusunda destek olunmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından elektronik ortamda Statistical Package for the Social Sciences 23.0 programına kodlanarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini bulmak için Kolmogorov Smirnov testi uygulanmıştır. Bunun sonucunda verilerin normal dağılım göstermediği bulunmuş ve parametrik olmayan istatistiksel analizler kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortanca ve min.-maks. ile gösterilmiştir. Bağımsız iki grubun testinde Mann-Whitney U testi, ikiden çok grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde, toplum ruh sağlığı merkezlerinde ve psikiyatri polikliniklerinde izlenen şizofreni hastalarının aile desteği algıları ile yakınlarının duygu dışavurumu ve depresyon düzeylerine yönelik bulgular yer almaktadır.

Bu çalışmanın bulguları şu başlıklar altında sunulmaktadır:

- a) Şizofreni hastalarının tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- b) Şizofreni hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- c) TRSM ve polikliniğe göre ölçek puan ortancalarının dağılımı
- d) Hasta ve yakınlarına uygulanan ölçekler ve alt boyutlar arasındaki ilişki

4.1. Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde şizofreni hastalarının tanıtıcı özelliklerine yönelik bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Şizofreni Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	TRSM (n=88)		Psikiyatri Polikliniği (n=88)		Z*	p
	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-max		
Yaş	39,5	22-83	36	19-81	-1,910	0,056
Tanı Alma Süresi (yıl)	12,0	2-39	12,0	1-42	-0,554	0,580
	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Cinsiyet						
Erkek	58	65,9	37	42,0	10,087	0,001*
Kadın	30	34,1	51	58,0		
Medeni Durum						
Bekar	69	78,4	72	81,8	0,321	0,571
Evli	19	21,6	16	18,2		
Eğitim Durumu						
İlkokul	23	26,1	22	25,0	0,702	0,873
Ortaokul	21	23,9	22	25,0		
Lise	34	38,6	37	42,0		
Üniversite (Önlisans, lisans ve üzeri)	10	11,4	7	8,0		
Çalışma Durumu						
Çalışan	9	10,2	9	10,2	3,380	0,185
Çalışmayan	64	72,7	72	81,8		
Emekli	15	17,0	7	8,0		
Yaşadığı Kişiler						
Anne, baba, kardeş	55	62,5	64	72,7	2,181	0,336
Eş, çocuk	18	20,5	14	15,9		
Akraba(lar)	15	17,0	10	11,4		
İlaç Alma Zorluğu						
Yok	63	71,6	62	70,5	0,028	0,868
Var	25	28,4	26	29,5		

:p<0,05 Z:Mann Whitney U Testi

Tablo 4.1’de şizofreni hastalarının tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. TRSM ve poliklinikte çalışmaya dahil edilen hasta ve yakınlarının sayıları tabloda da görüldüğü gibi karşılaştırma yapılacağı için eşitlenmiştir. TRSM’de ve poliklinikte izlenen hastaların tanıtıcı özellikleri arasında istatistiksel farka bakıldığında yalnızca cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,05). TRSM’de erkek hastaların oranı kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Cinsiyet faktörü haricinde diğer değişkenlerde kurumlar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4.2. TRSM Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortancaları

Tanıtıcı Özellikler (n=88)		Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		Dışa vurulan Duygulanım Ölçeği (DDÖ) Alt Boyutları				DDÖ Toplam		Beck Depresyon Ölçeği	
				Aşırı İlgi Koruyucu Müdahalecilik Alt Boyut		Eleştirelilik Düşmancıl Oluş Alt Boyut					
		Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks
Cinsiyet	Erkek	23,00	3-37	5,00	1-11	12,00	6-22	18,00	7-28	14,00	4-32
	Kadın	24,00	8-37	6,00	0-9	13,00	6-21	19,00	8-29	8,50	2-25
	İstatistiksel Analiz	Z=-0,150	p=0,881	Z=-0,975	p=0,330	Z=-0,523	p=0,601	Z=-0,706	p=0,480	Z=-2,481	p=0,013
Medeni Durum	Bekar	23,00	3-37	5,00	0-11	12,00	6-22	19,00	7-29	12,00	2-32
	Evli	24,00	14-37	6,00	1-10	12,00	10-19	18,00	11-26	9,00	6-20
	İstatistiksel Analiz	Z=-1,437	p=0,151	Z=-0,107	p=0,915	Z=-0,051	p=0,959	Z=-0,458	p=0,647	Z=-0,259	p=0,795
Eğitim Durumu	İlkokul	21,00	3-36	5,00	1-10	12,00	9-22	19,00	13-29	9,00	3-32
	Ortaokul	21,00	5-37	4,00	1-9	12,00	6-19	19,00	7-25	14,00	4-23
	Lise	24,00	3-36	5,50	0-10	12,00	6-20	18,50	8-28	13,00	2-30
	Üniversite	31,50	19-37	5,00	2-11	12,00	9-15	17,50	12-23	9,00	4-19
	İstatistiksel Analiz	KW=7,404	p=0,060	KW=0,150	p=0,985	KW=1,207	p=0,751	KW=0,831	p=0,842	KW=1,679	p=0,642
Çalışma Durumu	Çalışan	22,00	7-37	7,00	1-11	12,00	6-15	19,00	7-23	17,00	6-25
	Çalışmayan	24,00	3-37	5,00	0-10	12,00	6-22	19,00	8-29	13,00	2-32
	Emekli	23,00	19-36	4,00	1-9	11,00	7-19	14,00	8-26	9,00	4-22
	İstatistiksel Analiz	KW=1,118	p=0,572	KW=2,061	p=0,357	KW=3,569	p=0,168	KW=3,862	p=0,145	KW=3,461	p=0,177
Yaşadığı Kişiler	Anne,baba,kardeş ^a	24,00	3-37	5,00	0-11	12,00	7-20	19,00	10-29	14,00	2-32
	Eş, çocuk ^b	24,00	19-37	5,50	1-8	12,00	10-19	18,00	13-26	9,00	4-20
	Akraba(lar) ^c	21,00	9-36	3,00	1-7	10,00	6-22	13,00	7-26	7,00	4-20
	İstatistiksel Analiz	KW=3,179	p=0,204	KW=11,259	p=0,004	KW=1,522	p=0,467	KW=5,739	p=0,057	KW=6,789	p=0,034
Aşırı İlgi Koruyucu Müdahalecilik Alt Boyutu: a-c Beck Depresyon Ölçeği: a-c											
Hastaneye Yatış Sayısı	0-2 ^a	27,50	3-37	5,00	0-10	12,00	6-20	19,00	8-29	11,50	2-26
	3-4 ^b	21,00	7-36	4,50	1-11	11,50	6-22	18,50	7-27	11,50	2-30
	5 ve Üzeri ^c	21,00	3-32	4,00	1-8	12,50	7-21	18,00	8-26	11,50	4-32
	İstatistiksel Analiz	KW=8,193	p=0,017	KW=3,064	p=0,216	KW=1,118	p=0,572	KW=0,593	p=0,743	KW=0,173	p=0,917
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: a-b											
İlaç Alma Zorluğu	Yok	23,00	3-37	5,00	0-11	12,00	6-22	18,00	7-28	11,00	2-32
	Var	24,00	12-37	5,00	2-9	12,00	7-21	20,00	10-29	12,00	2-26
	İstatistiksel Analiz	Z=-0,408	p=0,683	Z=-1,355	p=0,175	Z=-1,383	p=0,167	Z=-1,415	p=0,157	Z=-0,097	p=0,922

Tablo 4.2’de TRSM’deki hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puan ortancaları yer almaktadır. Erkek hastaların yakınlarının depresyon puan ortancaları kadın hastaların yakınlarının depresyon puan ortancasından anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,013$).

Hastanın yaşadığı kişilerden anne, baba ve kardeşinin DDÖ alt boyutu olan aşırı ilgi-koruyucu-müdahaleci tutumu, akrabalarına göre anlamlı olarak daha fazladır ($p=0,004$). Hastanın anne, baba ve kardeşinin depresyon puan ortancası hastanın akrabasının depresyon puan ortancasından daha fazladır ($p=0,034$).

Hastaneye ikiden az yatan hastaların algıladıkları aile desteği hastaneye üç-dört kez yatan hastalara göre daha fazladır ($p=0,017$).



Tablo 4.3. Poliklinik Grubundaki Hasta Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortancaları

Tanıtıcı Özellikler (n=88)		Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		DDÖ Alt Boyutları				DDÖ Ölçek Toplam		Beck Depresyon Ölçeği	
				Aşırı İlgi Koruyucu Müdahalecilik Alt Boyut		Eleştirelilik Düşmancıl Oluş Alt Boyut					
				Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks
Cinsiyet	Erkek	26,00	2-38	5,00	1-11	12,00	8-21	20,00	11-32	12,00	1-37
	Kadın	27,00	10-36	7,00	3-11	15,00	7-22	21,00	12-30	9,00	2-34
	İstatistiksel Analiz	Z=-0,004	p=0,997	Z=-1,640	p=0,101	Z=-0,476	p=0,634	Z=-1,356	p=0,175	Z=-0,483	p=0,629
Medeni Durum	Bekar	26,00	2-38	7,00	2-11	13,50	7-22	20,00	11-30	10,50	1-37
	Evli	29,00	14-36	7,00	1-11	12,00	9-21	21,00	13-32	9,50	3-28
	İstatistiksel Analiz	Z=-1,373	p=0,170	Z=-1,188	p=0,235	Z=-0,190	p=0,849	Z=-0,244	p=0,807	Z=-0,303	p=0,762
Eğitim Durumu	İlkokul	23,50	2-36	7,00	2-11	12,50	7-21	18,50	12-28	11,50	1-34
	Ortaokul	26,00	11-37	6,00	3-11	12,00	8-21	19,50	11-26	10,50	2-29
	Lise	28,00	5-38	7,00	2-11	15,00	9-22	21,00	16-30	9,00	2-37
	Üniversite	28,00	24-34	3,00	1-11	12,00	9-21	18,00	13-32	11,00	3-28
	İstatistiksel Analiz	KW=3,700	p=0,296	KW=3,722	p=0,293	KW=3,588	p=0,310	KW=4,969	p=0,174	KW=1,121	p=0,772
Çalışma Durumu	Çalışan ^a	31,00	27-37	3,00	1-11	12,00	8-19	17,00	11-30	4,00	2-23
	Çalışmayan ^b	24,00	2-38	7,00	2-11	15,00	7-22	21,00	12-30	11,50	1-37
	Emekli ^c	32,00	19-34	9,00	4-11	12,00	9-21	21,00	14-32	8,00	6-28
	İstatistiksel Analiz	KW=8,901	p=0,012	KW=9,121	p=0,010	KW=2,103	p=0,349	KW=5,116	p=0,077	KW=5,076	p=0,079
	Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:a-b Aşırı İlgi Koruyucu Müdahalecilik Alt Boyutu:a-b,c										
Yaşadığı Kişiler	Anne,baba,kardeş ^a	26,00	2-38	7,00	2-11	15,00	7-22	22,00	13-30	11,50	1-37
	Eş, çocuk ^b	30,00	14-36	6,50	1-11	12,00	9-21	20,50	13-32	9,00	3-28
	Akraba(lar) ^c	23,00	11-37	4,50	2-6	10,50	7-16	15,00	11-18	6,00	2-34
	İstatistiksel Analiz	KW=3,221	p=0,200	KW=11,795	p=0,003	KW=9,981	p=0,007	KW=19,736	p=0,000	KW=2,735	p=0,255
Aşırı İlgi Koruyucu Müdahalecilik Alt Boyutu: c-a,b Eleştirelilik düşmancıl oluş Alt Boyutu:a-c DDÖ Ölçek Toplam:c-a,b											
Hastaneye Yatış Sayısı	0-2 Kez ^a	27,00	3-38	7,00	1-11	14,00	7-22	21,00	11-30	11,00	1-37
	3-4 Kez ^b	24,00	11-37	8,00	4-11	12,00	7-21	18,00	12-32	8,00	2-28
	5 ve Üzeri ^c	16,50	2-28	3,00	2-5	18,00	15-21	20,50	18-26	13,00	4-31
	İstatistiksel Analiz	KW=2,415	p=0,299	KW=7,751	p=0,021	KW=6,852	p=0,033	KW=2,489	p=0,288	KW=0,252	p=0,882
Aşırı İlgi Koruyucu Müdahalecilik Alt Boyutu: c-a,b Eleştirelilik düşmancıl oluş Alt Boyutu: b-c											
İlaç Alma Zorluğu	Yok	27,00	2-38	6,00	1-11	13,00	7-22	21,00	11-32	11,00	1-37
	Var	26,50	11-32	8,00	3-11	13,50	7-21	19,00	13-30	9,00	4-34
	İstatistiksel Analiz	Z=-0,876	p=0,381	Z=-1,691	p=0,091	Z=-0,905	p=0,365	Z=-0,092	p=0,927	Z=-0,261	p=0,794

Tablo 4.3'te poliklinikte takip edilen hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puan ortancaları verilmiştir. Buna göre çalışan hastaların algılanan sosyal destek ölçek puan ortancası çalışmayan hastaların algıladığı sosyal destek puan ortancasından anlamlı olarak daha fazladır ($p=0,012$). Çalışan hastaların yakınlarının aşırı ilgi-koruyucu-müdahaleci duygu dışavurumu çalışmayan ve emekli hastaların yakınlarından anlamlı olarak daha azdır ($p=0,010$).

Hastaneye beş ve beşten fazla yatan hastaların yakınlarının koruyucu-müdahaleci tutumu beşten az yatan hastaların yakınlarına göre anlamlı olarak düşüktür ($p=0,021$). Hastaneye beş ve beşten fazla yatan hastaların yakınlarının eleştirel-düşmancıl duygu dışavurum puan ortancaları beşten az yatan hastaların yakınlarınınkinden anlamlı olarak daha fazladır ($p=0,033$).

Tablo 4.4. Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	TRSM (n=88)		Psikiyatri Polikliniği (n=88)		Z*	p
	Ortanca	Min-Max	Ortanca	Min-max		
Yaş	58	18-80	61	25-78	-1,843	0,065
Hastaya bakım süresi (yıl)	11	2-38	12	1-37	-0,259	0,795
	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Cinsiyet						
Erkek	19	21,6	14	15,9	0,932	0,334
Kadın	69	78,4	74	84,1		
Medeni Durum						
Bekar	22	25,0	17	19,3	0,824	0,364
Evli	66	75,0	71	80,7		
Eğitim Durumu						
İlkokul	41	46,6	49	55,7	5,022	0,413
Ortaokul	13	14,8	14	15,9		
Lise	24	27,3	19	21,6		
Üniversite (Önlisans, lisans ve üzeri)	10	11,4	6	6,8		
Hastaya Yakınlık Derecesi						
Çocuk	51	58	62	70,5	2,330	0,507
Eş	18	20,5	16	18,2		
Kardeş	16	18,2	7	8,0		
Diğer	3	3,4	3	3,4		
Çalışma Durumu						
Çalışan	11	12,5	21	23,9	4,71	0,194
Çalışmayan	60	68,2	48	54,5		
Emekli	17	19,3	19	21,6		
Hastayla Günde İlgilenilen (Saat)						
0-5	11	12,5	2	2,3	52,286	0,000*
6-10	33	37,5	16	18,2		
11-15	38	43,2	20	22,7		
16 ve Üzeri	6	6,8	50	56,8		

:p<0,05 Z:Mann Whitney U Testi

Tablo 4.4'te şizofreni hasta yakınlarına ilişkin tanıtıcı bilgiler verilmiştir. Hasta yakınlarının yarısından fazlası kadın ve evlidir. TRSM'ye gelen hastaların yakınları hastalarla 15 saat altında vakit geçirmektedir. Polikliniğe gelenlerin yakınları hastalarıyla 16 saat ve üzerinde vakit geçirmektedir ($p<0,05$). Kurum türü ile hasta yakınının cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, hastaya yakınlık derecesi, çalışma durumu ve hastaya bakım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).



Tablo 4.5. TRSM Grubunda Hasta Yakını Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortancaları

Tanıtıcı Özellikler (n=88)		Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		DDÖ Alt Boyutları				DDÖ Ölçek Toplam		Beck Depresyon Ölçeği	
				Aşırı İlgi Korumayıcı Müdahalecilik Alt Boyut		Eleştirelilik düşmancıl oluş Alt Boyut					
				Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks				
Cinsiyet	Erkek	24,00	5-33	4,00	0-11	12,00	6-20	18,00	7-24	9,00	4-26
	Kadın	23,00	3-37	5,00	1-10	12,00	6-22	19,00	8-29	12,00	2-32
	İstatistiksel Analiz	Z=-0,355	p=0,722	Z=-1,623	p=0,105	Z=-0,577	p=0,564	Z=-1,139	p=0,255	Z=-0,346	p=0,729
Medeni Durum	Bekar	24,00	5-36	5,50	0-10	12,50	6-20	18,00	7-29	13,00	2-30
	Evli	23,00	3-37	5,00	1-11	12,00	6-22	19,00	8-28	11,00	2-32
	İstatistiksel Analiz	Z=-0,550	p=0,582	Z=-0,121	p=0,903	Z=-0,223	p=0,824	Z=-0,435	p=0,664	Z=-0,237	p=0,813
Eğitim Durumu	İlkokul ^a	23,00	3-37	5,00	1-10	12,00	7-20	19,00	8-29	14,00	2-32
	Ortaokul ^b	28,00	7-37	5,00	1-10	12,00	6-14	18,00	7-24	19,00	6-26
	Lise ^c	22,00	8-36	5,00	1-11	12,00	6-22	18,50	8-26	9,00	4-25
	Üniversite ve üzeri ^d	22,50	9-32	6,00	0-9	11,00	7-20	17,00	8-27	5,50	2-20
	İstatistiksel Analiz	KW=1,994	p=0,574	KW=1,201	p=0,753	KW=3,249	p=0,355	KW=2,955	p=0,399	KW=11,290	p=0,010
Beck Depresyon Ölçeği: b-d											
Çalışma Durumu	Çalışıyor	21,00	9-33	6,00	1-8	12,00	7-20	18,00	8-26	9,00	2-25
	Çalışmıyor	23,00	3-37	5,00	0-10	12,00	6-22	19,00	7-29	11,50	2-32
	Emekli	26,00	5-36	6,00	1-11	12,00	8-18	18,00	10-27	19,00	4-26
	İstatistiksel Analiz	KW=0,856	p=0,652	KW=0,525	p=0,769	KW=0,037	p=0,982	KW=0,156	p=0,925	KW=3,882	p=0,144
Yakınlık Derecesi	Çocuk ^a	24,00	3-37	5,00	1-11	12,00	7-20	19,00	8-29	16,00	2-32
	Eş ^b	24,00	19-37	5,50	1-8	12,00	10-19	18,00	13-26	9,00	4-20
	Kardeş ^c	21,00	9-36	3,50	0-9	12,00	6-22	17,50	7-27	7,00	2-16
	İstatistiksel Analiz	KW=3,349	p=0,187	KW=6,944	p=0,031	KW=0,005	p=0,997	KW=1,551	p=0,460	KW=14,170	p=0,001
Aşırı İlgi Korumayıcı Müdahalecilik Alt Boyutu:a-c											
Beck Depresyon Ölçeği:a-c											

Tablo 4.5’te TRSM’de takip edilen şizofreni hastalarının yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puan ortancaları verilmiştir. Üniversite ve üzerinde eğitim alan hasta yakınlarının depresyon puan ortancası ortaokul mezunu olan hasta yakınlarından anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,010$).

Hastaların ebeveynlerinin koruyucu-müdahaleci duygu dışavurum puan ortancası ve Beck Depresyon Ölçek puan ortancası hastaların kardeşinden anlamlı olarak daha fazladır ($p<0,05$).



Tablo 4.6. Poliklinik Grubundaki Hasta Yakını Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Ortancaları

Tanıtıcı Özellikler (n=88)		Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		DDÖ Alt Boyutları				DDÖ Ölçek Toplam		Beck Depresyon Ölçeği	
				Aşırı İlgı Koruyucu Müdahalecilik Alt Boyut		Eleştirelilik Düşmancıl Oluş Alt Boyut					
Cinsiyet		Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks
	Erkek	26,50	5-32	6,50	2-9	9,00	7-20	18,00	11-25	10,00	5-29
	Kadın	26,50	2-38	7,00	1-11	14,00	7-22	21,00	12-32	10,00	1-37
	İstatistiksel Analiz	Z=-0,297	p=0,766	Z=-0,603	p=0,546	Z=-2,166	p=0,030	Z=-1,968	p=0,049	Z=-0,314	p=0,753
Medeni Durum	Bekar	21,00	3-38	7,00	2-11	15,00	7-21	23,00	11-28	12,00	1-27
	Evli	27,00	2-38	6,00	1-11	12,00	7-22	20,00	12-32	9,00	2-37
	İstatistiksel Analiz	Z=-1,224	p=0,221	Z=-0,990	p=0,322	Z=-0,611	p=0,542	Z=-1,113	p=0,266	Z=-0,461	p=0,645
Eğitim Durumu	İlkokul ^a	25,00	2-38	7,00	2-11	15,00	8-21	22,00	13-32	12,00	1-37
	Ortaokul ^b	24,00	10-37	6,00	4-10	12,00	7-22	18,00	12-26	10,00	2-27
	Lise ^c	28,00	11-36	6,00	2-11	15,00	7-19	18,00	12-26	11,00	4-29
	Üniversite ve üzeri ^d	29,00	23-32	5,00	1-7	11,50	8-12	16,00	11-19	4,00	3-5
	İstatistiksel Analiz	KW=0,713	p=0,870	KW=8,812	p=0,032	KW=6,655	p=0,084	KW=13,215	p=0,004	KW=11,823	p=0,008
Aşırı İlgı Koruyucu Müdahalecilik Alt Boyutu:a-d DDÖ Ölçek Toplam:a-d Beck Depresyon Ölçeği:d-a,b,c											
Çalışma Durumu	Çalışıyor ^a	26,00	10-37	6,00	1-11	15,00	7-21	20,00	11-30	13,00	2-37
	Çalışmıyor ^b	26,00	2-38	7,00	3-11	14,50	8-22	22,00	13-32	11,00	1-34
	Emekli ^c	28,00	5-35	8,00	2-9	11,00	7-20	18,00	13-22	8,00	4-29
	İstatistiksel Analiz	KW=0,759	p=0,684	KW=2,084	p=0,353	KW=9,280	p=0,010	KW=7,239	p=0,027	KW=2,512	p=0,285
Eleştirelilik düşmancıl oluş Alt Boyutu:b-c DDÖ Ölçek Toplam:b-c											
Yakınlık Derecesi	Çocuk ^a	26,00	2-38	7,00	2-11	15,00	7-22	21,50	13-30	11,00	1-37
	Eş ^b	29,00	14-38	6,00	1-11	12,50	9-21	19,00	13-32	9,50	3-28
	Kardeş ^c	23,00	11-37	4,00	2-5	11,00	8-16	16,00	11-18	4,00	2-15
	İstatistiksel Analiz	KW=2,099	p=0,350	KW=10,273	p=0,006	KW=4,304	p=0,116	KW=12,387	p=0,002	KW=5,265	p=0,072
Aşırı İlgı Koruyucu Müdahalecilik Alt Boyutu:a-c DDÖ Ölçek Toplam:a-c											

Tablo 4.6’da poliklinikte takip edilen şizofreni hastalarının yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puan ortancaları yer almaktadır. Kadın hasta yakınlarının eleştirel-düşmancıl oluş ve toplam DDÖ puan ortancası erkek hasta yakınlarına göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$).

İlkokul mezunu hasta yakınlarının koruyucu-müdahaleci duygu dışavurum ve toplam DDÖ puan ortancası, üniversite ve üzeri eğitim almış hasta yakınlarından daha fazladır ($p<0,05$). Üniversite ve üzeri eğitimi tamamlayan hasta yakınlarının Beck Depresyon Ölçek puan ortancası diğer eğitim durumlarına mensup hasta yakınlarının puan ortancasından anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,008$).

Çalışmayan hasta yakınlarının eleştirel-düşmancıl duygu dışavurumu ve toplam DDÖ puan ortancası emekli olan hasta yakınlarından anlamlı olarak daha fazladır ($p<0,05$).

Çocuğu hasta olan ebeveynlerin aşırı ilgi-koruyucu-müdahaleci alt boyutu ve toplam DDÖ puan ortancası kardeşi hasta olan yakınlarından daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 4.7. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Puan Ortancaları

Ölçekler	TRSM (n=88)		Psikiyatri Polikliniği (n=88)		Z	p
	Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks		
Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	23,0	3,0-37,0	26,5	2,0-38,0	-1,55	0,121
Beck Depresyon Ölçeği	11,5	2,0-32,0	10,0	1,0-37,0	-0,511	0,609
DDÖ Toplam	18,5	7,0-29,0	20,0	11,0-32,0	-2,842	0,004*
DDÖ Alt Boyutları						
Aşırı İlgi/Koruyucu/Müdahalecilik Alt Boyutu	5,0	0-0-11,0	7,0	1,0-11,0	-3,276	0,001*
Eleştirelilik/ Düşmancıl Oluş Alt Boyutu	12,0	6,0-22,0	13,0	7,0-22,0	-1,636	0,102

*:p<0,05

Tablo 4.7’de TRSM ile psikiyatri polikliniği arasında hasta ve yakınlarına uygulanan ölçekler ve alt boyutlarının puan ortancalarının karşılaştırması yer almaktadır. Hasta ve yakınlarında uygulanan ölçeklerin analizinde veriler normal dağılmadığı için ortalama yerine ortancalar kullanılmıştır.

Hem DDÖ toplam ölçek puan ortancası hem de DDÖ’nün alt boyutu olan aşırı ilgi, koruyucu, kollayıcı, müdahalecilik puanı ortancası ile kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p<0,05). TRSM grubunun DDÖ toplam ölçek puanı ortancası ile DDÖ’nün aşırı ilgi, koruyucu, kollayıcı, müdahalecilik alt boyut puanı ortancası psikiyatri polikliniği ortancalarından anlamlı derecede daha düşüktür.

Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçek puanı ortancasının, Beck Depresyon Ölçeği puanı ortancası ve DDÖ ölçeğinin eleştirelilik, düşmancıl oluş alt boyut puanı ortancasına göre kurumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

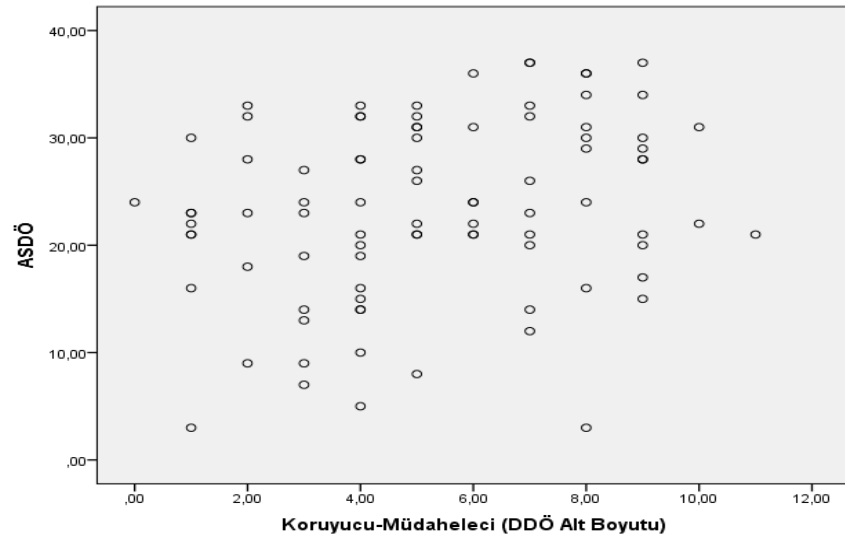
Tablo 4.8. Hasta ve Yakınlarına Uygulanan Ölçekler ve Alt Boyutlar Arasındaki İlişki

Ölçekler	TRSM (n=88)		Psikiyatri Polikliniği (n=88)	
	<i>r_s</i>	p	<i>r_s</i>	p
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği - DDÖ toplam	-0,063	0,561	-0,147	0,173
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – DDÖ’nün Aşırı İlgi/Koruyucu/ Müdahalecilik Alt Boyutu	0,262	0,014*	0,296	0,005*
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – DDÖ’nün Eleştirelilik/ Düşmancıl Oluş Alt Boyutu	-0,213	0,047*	-0,317	0,003*
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği - Beck Depresyon Ölçeği	-0,307	0,004*	-0,311	0,003*
DDÖ Ölçeği toplam - Beck Depresyon Ölçeği	0,173	0,107	0,399	0,000*

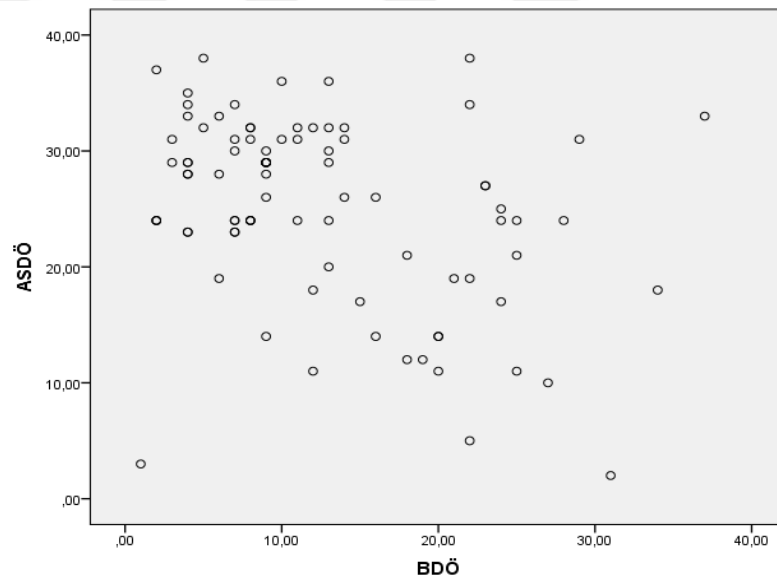
*:p<0,05

Tablo 4.8’de hasta ve yakınlarına uygulanan tüm ölçekler ve alt boyutlarının birbiri ile ilişkisi incelenmiştir. TRSM grubunda Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,30$; $p<0,05$). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile DDÖ’nün aşırı ilgi/koruyucu/kollayıcı/müdahalecilik alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r= 0,26$; $p<0,05$). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile DDÖ’nün eleştirelilik/ düşmancıl oluş alt boyutu arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r= -0,21$; $p<0,05$).

Psikiyatri polikliniği grubunda Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r= -0,31$; $p<0,05$). DDÖ ile Beck Depresyon Ölçeği arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r= 0,39$; $p<0,05$). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile DDÖ’nün aşırı ilgi/koruyucu/kollayıcı/müdahalecilik alt boyutu arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r= 0,29$; $p<0,05$). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile DDÖ’nün eleştirelilik/ düşmancıl oluş alt boyutu arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,31$; $p<0,05$).



Grafik 4.1. TRSM’de ASDÖ-DDÖ/Koruyucu/Müdahaleci Alt Boyut Puanı Saçılım Grafiği



Grafik 4.2. Polikliniklerde ASDÖ-BDÖ Puanı Saçılım Grafiği

5. TARTIŞMA

Bu bölümde TRSM ve poliklinikte izlenen şizofreni hasta ve hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine göre hastanın aileden algıladığı sosyal destek, hasta yakınının duygu dışavurumu ve depresyon puan ortancalarının dağılımı ve bu ölçek puanları arasındaki ilişkiler tartışılmıştır.

Araştırmamızda TRSM ve psikiyatri polikliniklerinin karşılaştırılması hedeflenmiştir. Bu nedenle hasta sayıları her iki grupta da eşitlenmiştir. Tablo 4.1’de görüldüğü gibi cinsiyet dışında gruplar arasında anlamlı farklılıklar yoktur. Gruplar tanıtıcı özellikleri bakımından benzerdir. TRSM’ye gelen hastaların büyük bir çoğunluğunu erkeklerin oluşturması, polikliniğe gelen hastaların büyük bir çoğunluğunun kadınlardan oluşması ve bu farkın anlamlı olması ($p=0,001$) toplumun erkeği dışarı faaliyetleri için kadının ise daha çok evde bulunmasını desteklediği şeklinde yorumlanabilir.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan Dağılımlarının Tartışılması

Tablo 4.2’de TRSM’de izlenen erkek hastaların yakınlarının Beck Depresyon Ölçek puan ortancaları kadın hastaların yakınlarının puanından anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,013$). Harmancı ve Duman (2016)’ın şizofreni hasta yakınlarıyla yaptıkları çalışmada da, bakım verenlerin yarıdan fazlasının ruhsal bozuklar yönünden yüksek risk taşıdığı belirtilmektedir (127). Toplumumuzda erkeklere atfedilen gücün bireyde hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasıyla aile üyelerinde oluşan hayal kırıklığının bir sonucu olarak erkek hastaların yakınlarında daha fazla depresif duygulanım ortaya çıkabilmektedir (128).

Çalışma sonucunda, TRSM’de ve poliklinikte izlenen şizofreni hastalarının yüksek eğitim düzeyi ve aileden algıladıkları sosyal destek de yükseklikle ilgili anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Bu bağlamda literatür incelendiğinde ise, Korkmaz ve Küçük (2013)’ün psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarla yaptıkları çalışmada üniversite ve üzeri eğitim almış hastaların algıladıkları sosyal destek puanı ilköğretim mezunu hastalardan daha fazla olduğu görülmektedir (129). Şizofreni hastalarında sosyal destek ile eğitim düzeylerinin incelendiği farklı bir çalışmada da, ilkokul mezunu olan bireylerin diğer eğitim durumlarına göre sosyal destek

puanlarının çok daha düşük olduğu belirlenmiştir (130). Bu durum, eğitim seviyesinin ve sosyal desteğin şizofrenisi olan bireylerin yaşamları üzerinde çeşitli etkileri olduğunu göstermesi bakımından değerli bir bulgudur. Ancak çalışmamızın sonuçlarının literatür ile benzerlik göstermemesinin, bireylerin iki farklı tedavi merkezinden (TRSM ve poliklinik) alınmış olmasından kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda, evli hastaların algılanan sosyal destek puanlarının bekarlara oranla yüksek olduğu görülmekle birlikte, bu sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Albal ve Kutlu (2010)'nun akut psikiyatri kliniklerine yatan hastaların depresyonla baş etme ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, evli bireylerin algılanan sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (73). Söz konusu sonuçlar, evli olmanın sosyal destek üzerine olumlu etkileri olduğunu kanıtlar niteliktedir. Öte yandan, çalışmamızda poliklinikte izlenen şizofreni hastalarının aileden algıladıkları sosyal destek daha fazladır. Benzer şekilde, Taktak ve arkadaşlarının (2000) şizofreni hasta ve yakınları ile yaptığı çalışmaya göre, çalışan hastaların aile işlevselliğinin yüksek olduğu bulunmuştur (119). Bireylerin hastalık deneyimine rağmen ücretli bir işte çalışması, bu süreçte işlevselliğin artması ve aileye olan yükün azaltılmasına katkı sağlayıcı olarak görülebilir. Ayrıca poliklinik grubunda hastaneye yatışı beş ve daha fazla olan hasta yakınlarının koruyucu-müdahaleci puan ortancaları diğer bireylere göre daha düşüktür ($p=0,021$). Bu durum, hastalığın alevlenmesine zemin hazırlayan faktörlerin aileler tarafından daha iyi yönetildiği ve baş edildiği ile açıklanabilir. TRSM grubundaki bireylerin sosyal destek algıları incelendiğinde ise, hastaneye ikiden az yatışı olan bireylerde algılanan sosyal destek daha fazla bulunmuştur. Bu sonuç, McNaughton ve arkadaşları (1992) tarafından yapılan çalışma sonucuyla benzerlik göstermektedir (131). Dolayısıyla sosyal desteğin artırılması ve bireylerin algılanan sosyal destek düzeylerini artırıcı etmenlerin belirlenmesinin önemli olduğu söylenebilir.

5.2. Hasta Yakınının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Ölçek Puan

Dağılımlarının Tartışılması

Ailenin tutumunun şizofreni hastalığının prognozu üzerinde belirleyici bir rolü olduğu, tedavi sürecinde aileyi dışarıda bırakmanın etkisiz olduğu bilinmektedir (69, 72, 132-134).

Poliklinik grubunda ilkokul mezunu olan hasta yakınlarının toplam DDÖ puan ortancaları anlamlı olarak daha yüksektir. Bu sonuç, hasta yakınlarının eğitim düzeyinin artmasıyla baş etme becerilerinin de geliştiğini düşündürmektedir. Bunun bir yansıması olarak, hasta yakınlarının duygu dışavurumları da değişebilmektedir (25).

Hem TRSM hem de poliklinik grubunda hastaların ebeveynlerinin koruyucu-aşırı ilgi alt boyut puanları, hastaların kardeşlerine ve akrabalarına göre yüksektir ($p<0,05$). Bu durum, toplumda anne ve babaların çocuklarına karşı koruyucu tutum sergilemelerinin kültürel olarak da benimsenen bir davranış olduğunu düşündürmektedir.

Şizofreni hastalığının güçlükleri hastanın yaşamını zorlaştırdığı kadar ailesinin yaşamını da zorlaştırmaktadır. 34 yaşında erkek hasta bu durumu şöyle ifade etmektedir: *“Evde birinin psikolojisi bozuk olduğu zaman aile komple etkileniyor. Onlar üzülmessin diye bazen geceyi parkta geçiriyorum.”* Dolayısıyla, süreçte çaresizlik, güçsüzlük ve umutsuzluk duyguları ile hasta yakınlarında depresyona yatkınlık artabilmektedir (35, 36, 135). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin, stres ile birlikte tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu ve böylece depresyon gibi ruhsal hastalıklara yakalanma ihtimalinin arttığı pek çok çalışma ile ortaya konmuştur (27, 136-138).

Hem TRSM hem de poliklinik gruplarında ilkokul ve ortaokul mezunu hasta yakınlarının Beck Depresyon Ölçek puanortancaları diğer eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,05$). TRSM grubunda şizofreni hastasına bakım veren anne, baba ya da eşin Beck Depresyon Ölçek puanortancası anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Şizofreni hastasına bakım verenin anne, baba ya da eş olmasının daha fazla aşırı ilgi - duygusal aşırı düşkünlüğe ve ayrıca daha fazla stres ve üzüntü yaşamaya sebep olduğu iletilmektedir (139).

5.3. Kurumlar Arasında Ölçekler ve Alt Boyut Puanları Bakımından Farklılığın ve İlişkilerin Tartışılması

Şizofreni, daha çok genç yaşlarda görülen bir ruh sağlığı sorunu olduğundan, hastalar çoğunlukla ilk ataklarını geçirdiklerinde aileleriyle birlikte yaşamaktadırlar. Bu nedenle, aileler bu bireylerin hastalıklarının ilk belirtilerine ve yaşadıkları tüm sürece tanık olmaktadır. Özellikle hastalığın alevlendiği ve psikiyatri kliniğinde tedavi aşamasına geçildiğinde aile üyeleri derin üzüntü ve şaşkınlık içinde kendilerini çaresiz hissedebilmektedirler (71, 140). Taburculukla birlikte gündeme alınan sonraki süreçte ise, aile üyeleri baş etmede güçlük yaşamakta, yeni duruma uyum sağlamada zorlanmakta ve hastaya destek olmada yetersiz kalabilmektedirler (71, 85, 141).

Hasta yakınının depresyon ölçek puanının artmasıyla hastanın algıladığı sosyal destek azalmaktadır. Hasta yakınında duygu dışavurum puanı yükseldikçe, depresyon puanı da artmaktadır (Tablo 4.8). Benzer şekilde Kuşçu ve arkadaşları (2005) yaptığı çalışmada yüksek duygu dışavurumuna sahip hasta yakınlarında umutsuz ve olumsuz gelecek algısı ifadelerinin anlamlı derecede ilişkili olduğunu saptamıştır (142). Özütek (2005)' in çalışmasında ise, yüksek duygu dışavurumuna sahip aile üyelerinin roller ve genel işlevler alanında bozulma saptanmıştır (121). Bu durum 29 yaşında bir erkek hastanın: *“Ben ailede etkisiz elemanım. Dün aile içinde konuşurken kimse sesimi duymadı. Ben de sustum. TRSM’de hastalığımın farkına vardım. Hastalığı tanıdıkça alevlenmeyi nasıl yönetebileceğimi biliyorum. Burada tiyatro grubumuz oldu, iki sahnelik film çektik”* ifadesiyle açıklanabilir.

Araştırmaya göre, aile üyelerinin aşırı ilgi-koruyucu tutumu arttıkça hastanın algıladığı sosyal destek artmaktadır (Tablo 4.8). Ebrinç ve arkadaşları (2001) 42 hasta ve yakınlarıyla yaptığı çalışmada düşük duygu dışavurumuna sahip ailelerdeki şizofreni hastalarının aileden algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (118). Tablo 4.8’de görüldüğü gibi, hasta yakınında eleştirel-düşmanlık duygu dışavurumu arttıkça hastanın algıladığı sosyal destek de azalmaktadır ($p<0,05$). Barrowclough ve Tarrier (1990) yaptığı çalışmaya göre, eleştirel-düşmanlık duygu dışavurumunun yüksek olduğu ailelerde şizofreni hastalarının sosyal işlevselliği düşüktür (143).

Araştırma sonucunda Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği ve alt ölçeği olan aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı-müdahalecilik boyutu TRSM ve psikiyatri polikliniği arasında anlamlı olarak fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.7). Psikiyatri polikliniğinde izlenen hasta yakınlarının DDÖ ve aşırı ilgi-koruyucu-müdahaleci alt ölçek puan ortancası TRSM’de takip edilen hasta yakınlarınınkinden anlamlı olarak daha fazladır. Bu sonuç, hastaların TRSM’ler arayıcılığıyla sosyalleşme düzeylerinin ve işlevselliklerinin artması ile bağdaştırılabilir. Bu bağlamda kurumlar arasında hastaların müracaat etme amaçlarının farklılığına bakıldığında, TRSM’ye gelen hastaların % 35’i etkinlik, % 29’u iyileşmek % 12’si sosyalleşmek, için geldiklerini ifade etmişlerdir. Bu ifadelerden çarpıcı olanları şu şekildedir: 57 yaşında kadın hasta: *“Her gün komşuya gidilmiyor; ama buraya geliniyor. Sohbet ediyorum, ilaçlarım rahatça yazılıyor. Rahatladım.”* Bir diğeri ise 47 yaşında erkek hasta; *“Önceden evden çıkmazdım, eve kapanırdım. Şimdi arkadaşlarım oldu, takıntılarım azaldı, el işi yapmayı öğrendim. Tiyatro da oynadım. Toplumda heyecanlanırdım ama alıştım şimdi.”* Polikliniğe gelen hastaların ise % 64’ü kontrol, % 36’sı tedavi amaçlı geldiklerini ifade etmişlerdir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Toplum ruh sağlığı merkezleri ve psikiyatri polikliniklerinde takip edilen şizofreni hastalarının algıladıkları aile desteği, yakınlarının duygu dışavurumu ile depresyon düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. TRSM grubunda, hastaneye ikiden az yatan hastaların algıladıkları aile sosyal destekleri fazladır (Bkz Tablo 4.2).
2. Hem TRSM hem poliklinik grubunda, hastalar anne, baba ve kardeşlerinden daha fazla sosyal destek algılamaktadırlar (Bkz Tablo 4.2 ve Tablo 4.3).
3. Poliklinik grubunda, çalışan hastalar ailelerini daha çok sosyal destek olarak algılamakta ve koruyucu kollayıcı tutuma daha az maruz kalmaktadırlar (Bkz Tablo 4.3).
4. TRSM grubunda, hastaların ebeveynlerinin Beck Depresyon Ölçek puan ortancaları hastanın eşi ya da kardeşine göre daha fazladır (Bkz Tablo 4.5).
5. Poliklinik grubunda, kadın hasta yakınlarının Dışa Vurulan Duygulanım toplam ölçek puanı ve alt boyutu olan eleştirelilik-düşmancıl oluş puan ortancaları erkek hasta yakınlarına göre daha yüksektir (Bkz Tablo 4.6).
6. Poliklinik grubunda, üniversite mezunu hasta yakınlarının Beck Depresyon Ölçek puan ortancaları diğer eğitim düzeylerine göre daha düşüktür (Bkz Tablo 4.6).
7. Poliklinik grubunda, Dışa Vurulan Duygulanım toplam ölçek puan ortancası ve aşırı ilgi-koruyucu-müdahalecilik alt boyut puan ortancası TRSM grubundan daha fazladır (Bkz. Tablo 4.7).
8. Hasta yakınına uygulanan Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeğinin alt boyutu olan aşırı ilgi-koruyucu-müdahalecilik ile hastaya uygulanan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında hem TRSM hem de poliklinik gruplarında pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır (Bkz Tablo 4.8).
9. Hasta yakınına uygulanan Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeğinin alt boyutu olan eleştirelilik-düşmancıl oluş ile hastaya uygulanan Algılanan Sosyal Destek

Ölçeği arasında hem TRSM hem de poliklinik gruplarında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır (Bkz Tablo 4.8).

10. Hasta yakınına uygulanan Beck Depresyon Ölçeğinin ile hastaya uygulanan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında hem TRSM hem de poliklinik gruplarında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır (Bkz Tablo 4.8).
11. Hasta yakınına uygulanan Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği arasında poliklinik grubunda pozitif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır (Bkz Tablo 4.8).



6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulmuştur;

1. Hasta yakınının eleştirel-düşmancıl oluş tutumu arttıkça hastanın algıladığı sosyal desteğin azaldığı bulgusuna dayalı olarak hasta yakınlarının duygu ifadelerine yönelik farkındalıklarının artırılması, iletişim ve yaklaşım ile ilgili beceri öğretimi ve duygu dışavurumunun önemi konusunda ailelere yönelik eğitim programlarının oluşturulması,
2. Hastanın sosyal destek algısı, hasta yakınının depresif duygulanım durumundan olumsuz etkilendiği için hasta yakınlarının da tedavi sürecinde hasta ile birlikte ele alınması ve değerlendirilmesi,
3. Çalışan hastaların sosyal destek algısının fazla olması ve daha az duygu dışavurumuna maruz kalma bulgularına dayalı olarak, hastaların çalışmalarını destekleyecek politikaların oluşturulması,
4. Hastaneye az yatan hastaların algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olmasının altında yatan nedenleri değerlendiren nitel ve nicel çalışmaların yapılması,
5. Hasta yakınlarının depresif duygulanımı arttıkça daha çok eleştirel ya da müdahaleci olmasına neden olan faktörleri değerlendiren nitel çalışmaların yapılması,
6. Kadın hastaların TRSM'ye daha az sıklıkta gitmeleri dolayısıyla cinsiyet farklılıklarının hastalığın algılanması ve hastalıkla mücadeledeki önemini vurgulayan derinlemesine çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2013.
2. Özcan C, Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2016.
3. Gürhan N. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.
4. Sadock BJ. Kaplan & sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2016.
5. TC Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı. 2011.
6. World Health Organization. The world health report 2001: Mental health: New understanding, new hope: World Health Organization; 2001.
7. Botha UA, Koen L, Joska JA, Parker JS, Horn N, Hering LM, et al. The revolving door phenomenon in psychiatry: Comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology. 2010;45(4):461-8.
8. Aydın E, Tabo A, Karamustafalıoğlu K, Alataş G, Yiğit S, Erkuş G. Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014;15:185-91.
9. Gültekin BK, Güler J, Kesebir S, Gülücü A, Ergelen M. Şizofreni Hastalarında Tekrarlayan Yatış Sıklığı ve Öngörücüleri. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2013;16(4):225-31.
10. Soygür H, Özalp E, Cankurtaran EŞ, Turhal L, Işık U, Çekliç T, et al. Yeni Kurulan Bir Psikiyatri Kliniği Yataklı Servisinin İlk Beş Yüz Günü: Bir Değerlendirme Çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6:170-6.
11. Papadimitriou GN, Kasper S. Schizophrenia. London: CRC Press; 2009.
12. Brown GW. The discovery of expressed emotion: induction or deduction. Expressed emotion in families. 1985;7-25.
13. Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny TR, Rahill AA. A review of expressed emotion research in health care. Clinical Psychology Review. 2000;20(5):633-66.
14. Tüzer V, ZİNCİR S, Başterzi AD, AYDEMİR Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2003;6:198-203.
15. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. Archives Of General Psychiatry. 1998;55(6):547-52.

16. Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny T, Rahill AWA. A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*. 2000;20(5):633-66.
17. Kuipers L, Bebbington P. Expressed emotion research in schizophrenia: Theoretical and clinical implications. *Psychological medicine*. 1988;18(04):893-909.
18. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Archives of general psychiatry*. 2000;57(3):277-83.
19. Almond S, Knapp M, Francois C, Toumi M, Brugha T. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. *The British Journal of Psychiatry*. 2004;184(4):346-51.
20. Csernansky JG, Schuchart EK. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia. *CNS drugs*. 2002;16(7):473-84.
21. Holmes H, Ziemba J, Evans T, Williams CA. Nursing model of psychoeducation for the seriously mentally ill patient. *Issues in mental health nursing*. 1994;15(1):85-104.
22. Cohan A, Glynn S, Mumay Swark A, Barrio C, Fischer E. The family faum: Directions for the implementation of family psychoeducation for severe mental illness. *Psychiatric Services*. 2008;59(1):40-8.
23. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009;10(2):3-10.
24. Barbato A, D'avanzo B. Family interventions in schizophrenia and related disorders: A critical review of clinical trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;102(2):81-97.
25. Danacı A, Karaca N, Deveci A. Şizofreni Hastalarında Aile İşlevselliği ile Sosyal İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Türkiye'de Psikiyatri*. 2005;7:103-8.
26. Magaña SM, García JIR, Hernández MG, Cortez R. Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*. 2007;58(3):378-84.
27. Ohaeri JU. The burden of caregiving in families with a mental illness: A review of 2002. *Current Opinion In Psychiatry*. 2003;16(4):457-65.
28. Hazel NA, McDonell MG, Short RA, Berry CM, Voss WD, Rodgers ML, et al. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatric Services*. 2004;55(1):35-41.
29. McDonell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family Process*. 2003;42(1):91-103.

30. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14:19-26.
31. Chien W-T, Chan SW, Thompson DR. Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. *The British journal of psychiatry*. 2006;189(1):41-9.
32. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2):251-77.
33. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kirli S. Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin, Sosyodemografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2009;46(1):10-4.
34. Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG, Struening E, Kaczynski R, Gonzalez J, et al. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 2007;190(6):535-6.
35. Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, et al. Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural ethiopia. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2001;36(6):299-303.
36. Alptekin K, Akdede BBK, Kitiş A. Şizofreni ve Yaşlanma: Şizofrenide Klinik Belirtilerin ve Bilişsel İşlevlerin Yaşla İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2004;15(2):91-7.
37. Phillips MR, Pearson V, Li F, Xu M, Yang L. Stigma and expressed emotion: A study of people with schizophrenia and their family members in china. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;181(6):488-93.
38. Liberman R. Yetiyitiminden İyileşmeye. *Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı: American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC; 2008*.
39. Ulaş H. İngiltere’de Psikiyati Hizmetlerinin Sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9:61-4.
40. Westman J, Gissler M, Wahlbeck K. Successful deinstitutionalization of mental health care: increased life expectancy among people with mental disorders in Finland. *The European Journal of Public Health*. 2012;22(4):604-6.
41. Priebe S, Habi M, Frottier P, Gaddini A, Kilian R, Lauber C, et al. Mental health care institutions in nine European countries, 2002 to 2006. *Psychiatric Services*. 2008.
42. Karanfil İ. Türkiye’deki Yeni Ulusal Ruh Sağlığı Sistemi’nde Ailenin Yeri. *V Türkiye Lisansüstü Çalışmaları Kongresi - Bildiriler Kitabı I 2016*. p. 97-104.
43. TC Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 2011. Erişim: 30 Aralık 2016, <http://tiredh.saglik.gov.tr/userfiles/files/hemsirelik%20%202011.pdf>.

44. Sreevani R. A guide to mental health and psychiatric nursing. India: Jaypee Brothers Medical Publishers 2010.
45. Bromet EJ, Dew AM, Eaton W. Epidemiology of psychosis with special reference to schizophrenia. In: Tsuang M, editor. Textbook In Psychiatric Epidemiology. 2. the United States of America: Wiley-Liss; 2002. p. 372.
46. Halter M. Varcaolis' foundations of psychiatric mental health nursing. the United States of America: Elsevier; 2014.
47. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. Schizophr Res. 2008;102(1-3):1-18.
48. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemak Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010;21:1-14.
49. Barrantes-Vidal N, Grant P, Kwapil TR. The role of schizotypy in the study of the etiology of schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Bulletin. 2015;41(suppl 2):S408-S16.
50. Winn P. The Biological Basis Of Schizophrenia. In: Bittar EE, Neville B, editors. Principles Of Medical Biology. Volume 14: Elsevier; 2000. p. 233-61.
51. Kokurcan A, editor Şizofreni Genetiğinde Yeni Gelişmeler Ve Bunların Klinik Uygulamaya Etkisi. New/Yeni Symposium Journal; 2014.
52. Agerbo E, Sullivan PF, Vilhjálmsson BJ, et al. Polygenic risk score, parental socioeconomic status, family history of psychiatric disorders, and the risk for schizophrenia: A danish population-based study and meta-analysis. Jama Psychiatry. 2015;72(7):635-41.
53. Işık E, Uzbay T. Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji. İstanbul: Golden Medya 2009.
54. Yüksel N. Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar. In: Yüksel N, editor. Ruhsal Hastalıklar. 4. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014.
55. Lucas R. Psychoanalytic controversies: The relationship between psychoanalysis and schizophrenia. The International Journal of Psychoanalysis. 2003;84(1):3-9.
56. Dereboy F. Şizofreniye İlişkin Psikanalitik Yaklaşımlar. Şizofreni Dizisi. 2000;1:11-9.
57. Ho B-C, Black DW, Andreasen NC. Schizophrenia and other psychotic disorders: American Psychiatric Publishing: Arlington; 2003.
58. Maj M. Critique of the dsm-iv operational diagnostic criteria for schizophrenia. The British Journal Of Psychiatry. 1998;172(6):458-60.
59. Andreasen NC, Olsen S. Negative v positive schizophrenia: Definition and validation. Archives Of General Psychiatry. 1982;39(7):789-94.

60. Rabinowitz J, Levine SZ, Garibaldi G, Bugarski-Kirola D, Berardo CG, Kapur S. Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: Analysis of catie data. *Schizophrenia Research*. 2012;137(1):147-50.
61. Ebrinç S. Şizofreni: Tanısı, Klinik Belirtileri Ve Ayırıcı Tanısı. *Türkiye Klinikleri Journal Of Psychiatry Special Topics*. 2010;3(2):38-44.
62. Uğur M. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. *Ste Sempozyum Dizisi İstanbul*. 2008;62:59-84.
63. Köroğlu E. Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri: Psikonazoloji. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.
64. Köroğlu E. Klinik Uygulamada Psikiyatri Tanı ve Tedavi Kılavuzları. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2009.
65. Liberman RP, Gutkind D, Mintz J, Green M, Marshall B, Robertson MJ, et al. Impact of risperidone versus haloperidol on activities of daily living in the treatment of refractory schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2002;43(6):469-73.
66. Sevinçok L. Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. *Şizofreni Dizisi*. 2000;1:72-80.
67. Stern T.A. RJF. *Massachusetts general hospital comprehensive clinical psychiatry*. UK: Elsevier; 2008.
68. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review Of Clinical Psychology*. 2013;9:465-97.
69. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. *The Journal Of Lifelong Learning In Psychiatry*. 2015;2(1):78-94.
70. McFarlane WR. Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family Process*. 2016;55(3):460-82.
71. Tel H, Terakye G. Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2000;1(3):133-42.
72. Li J, Lambert CE, Lambert VA. Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the people's republic of china. *Nursing & Health Sciences*. 2007;9(3):192-8.
73. Albal E, Kutlu Y. The relationship between the depression coping self-efficacy level and perceived social support resources. *Journal Of Psychiatric Nursing*. 2010;1(3):115-20.
74. Huang XY, Sun FK, Yen WJ, Fu CM. The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *Journal Of Clinical Nursing*. 2008;17(6):817-26.

75. Kertchok R, Yunibhand J, Chaipayat W. Creating a new whole: Helping families of people with schizophrenia. *International Journal Of Mental Health Nursing*. 2011;20(1):38-46.
76. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*. 2006;32(suppl 1):S64-S80.
77. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(12).
78. Yıldırım İ. Akademik Başarının Yordayıcısı Olarak Gündelik Sıkıntılar ve Sosyal Destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2006;30(30):258-67.
79. Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2008;18(2):71-9.
80. Wills TA, Shinar O. Measuring perceived and received social support: Oxford University Press; 2000.
81. Kef S. The personal networks and social supports of blind and visually impaired adolescents. *Journal Of Visual Impairment & Blindness*. 1997;91(3):236-44.
82. Traş Z, Arslan E. Ergenlerde Sosyal Yetkinliğin, Algılanan Sosyal Destek Açısından İncelenmesi. *İlköğretim Online*. 2013;12(4):1133-40.
83. Karataş Z. Ergenlerin Algılanan Sosyal Destek ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2012;9(19):257-71.
84. Yılmazel G, editor Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek ve Sağlıkla İlişkili Davranışlar. New Symposium; 2013.
85. Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2001;36(3):128-33.
86. Glick ID, Stekoll AH, Hays S. The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*. 2011;31(1):82-5.
87. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş. Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003;14(3):203-12.
88. Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam*. 2008;21(1-4):14-23.
89. Ennis E, Corry C. Caregiving, family burden and medication adherence. *Open Journal Of Medical Psychology*. 2013;3(1):70-8.
90. Ersoy Ö, Çürük N. Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Annelerde Sosyal Desteğin Önemi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2009;17(17):104-10.

91. Li CY, Murray M. A review of conceptualisation of expressed emotion in caregivers of older adults with dementia. *Journal Of Clinical Nursing*. 2015;24(3-4):332-43.
92. Jenkins JH, Karno M. The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research. *Am J Psychiatry*. 1992;149:9-21.
93. Deniz H, İlnem C, Yener F. Şizofren Bireyin Algıladığı Duygu Dışavurumu Düzeyinin Relapsla Ve Aile İşlevleriyle İlişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*. 1998;11(3):5-15.
94. Kavanagh DJ. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 1992;160:601-20.
95. Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: An aggregate analysis. *Psychological medicine*. 1994;24(3):707-18.
96. Nomura H, Inoue S, Kamimura N, Shimodera S, Mino Y, Gregg L, et al. A cross-cultural study on expressed emotion in carers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2005;40(7):564-70.
97. Soygür H. Şizofreni Tedavisine Genel Bir Bakış. *Psikiyatri Dünyası*. 1999;3:83-90.
98. Duman ZÇ, Bademli K. Families of chronic psychiatric patients: A systematic review. *Current Approaches in Psychiatry*. 2013;5(1):78-94.
99. Karanci A. Caregivers of turkish schizophrenic patients: Causal attributions, burdens and attitudes to help from the health professionals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1995;30(6):261-8.
100. Chan GW, Ungvari GS, Shek DT, Leung JJ. Hospital and community-based care for patients with chronic schizophrenia in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2003;38(4):196-203.
101. Heilä H, Haukka J, Suvisaari J, Lönnqvist J. Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychological medicine*. 2005;35(05):725-32.
102. Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
103. Trimble MR, George M. *Biological Psychiatry*. UK: John Wiley & Sons; 2010.
104. Corsini J, Wedding D. *Modern Psikoterapiler*. İstanbul: Kaknüs yayınları; 2012.
105. Çam O, Engin E. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2014.
106. Levine M. *The history and politics of community mental health*: Oxford University Press on Demand; 1981.

107. Cutler DL, Bevilacqua J, McFarland BH. Four decades of community mental health: A symphony in four movements. *Community Mental Health Journal*. 2003;39(5):381-98.
108. Burns T. Community mental health teams. *Psychiatry*. 2004;3(9):11-4.
109. Bag B. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012;4(4).
110. Stuart GW, Laraia, Michele T. Principles and practice of psychiatric nursing. the United States of America: Mosby; 2001.
111. World Health Organization. Community mental health services will lessen social exclusion, says who. 2007. Erişim: 22 Kasım 2016, [://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np25/en/)
112. Edwards D, Burnard P, Coyle D, Fothergill A, Hannigan B. Stress and burnout in community mental health nursing: A review of the literature. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*. 2000;7(1):7-14.
113. Özgür G, Karaaslan A, Çam O. Bornova Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Toplumda Ruhsal Belirtilerin Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu, Proje*. 1998(1995):1-8.
114. Flaskerud JH. Community mental health nursing. Perspectives In *Psychiatric Care*. 1982;20(1):37-43.
115. Heslop B, Wynaden D, Tohotoa J, Heslop K. Mental health nurses' contributions to community mental health care: An australian study. *International Journal Of Mental Health Nursing*. 2016;25(5):426-33.
116. TC Sağlık Bakanlığı. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge 2016. Erişim: 30 Aralık 2016, <http://www.saglik.gov.tr/TR,11269/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkinda-yonerge.html>.
117. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006;7:43-8.
118. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, Seçil M, Can S, et al. Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek Ve Duygu Dışa Vurumunun İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(1):5-14.
119. Taktak Ş, Erkıran M, Karşıdağ Ç, Özeren M, Alpay N. Şizofren Olgularda Aile İşlevselliğinin Algılanması, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*. 2000;13(4):196-203.
120. Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;13(2):143-51.
121. Özütek Z. Şizofrenide Aile ve Hasta Arasındaki Etkileşimin Hastalık Belirtileri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul, İstanbul Üniversitesi. 2005.
122. Yıldırım İ. Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenirliği ve Geçerliliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1997;13(13):81-7.

123. Yıldırım İ. Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Revizyonu. Eurasian Journal Of Educational Research. 2004;17:221-36.
124. Berksun O. Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion (EE) Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Denemesi Ankara Üniversitesi,Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı [Uzmanlık Tezi]. 1992.
125. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği, Güvenirliği. Psikoloji Dergisi. 1989;7(23):3-13.
126. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Ajans Matbaacılık; 2012.
127. Harmancı P, Duman ZÇ. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Yükleri ve Ruhsal Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Journal Of Psychiatric Nursing. 2016;7(2):82-6.
128. Ökten Ş. Toplumsal Cinsiyet ve İktidar: Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin Toplumsal Cinsiyet Düzeni Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2009;2:302-12.
129. Korkmaz G. Akut Psikiyatri Servislerinde Yatan Hastalarda İçselleştirilmiş Stigma Ve Algılanan Aile Desteği. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2013.
130. Esmek M. Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofreni Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek Ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Konya: Selçuk Üniveritesi; 2007.
131. McNaughton ME, Patterson TL, Irwin MR, Grant I. The relationship of life adversity, social support, and coping to hospitalization with major depression. The Journal Of Nervous And Mental Disease. 1992;180(8):491-7.
132. Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. Social Science & Medicine. 2003;56(2):299-312.
133. Saunders J. Walking a mile in their shoes.Symbolic interactionism for families living with severe mental illness. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 1997;35(6):8-9.
134. Dixon L, Stewart B, Burland J, Delahanty J, Lucksted A, Hoffman M. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. Psychiatric Services. 2001;52(7):965-7.
135. Akdede B, Alptekin K, Topkaya Ş, Belkız B, Nazlı E, Özsin E, editors. Gençlerde Şizofreniyi Damgalama Düzeyi. Yeni Symposium; 2004.
136. O'Rourke N. Caregiver burden and depressive symptomatology: The association between constructs over time. Clinical Gerontologist. 2004;27(4):41-52.
137. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The disregarded caregivers: Subjective burden in spouses of schizophrenia patients. Schizophrenia Bulletin. 2004;30(3):665-75.

138. Resnick SG, Rosenheck RA, Lehman AF. An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*. 2004;55(5):540-7.
139. Karanci AN, Inandilar H. Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of turkish patients with schizophrenia. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2002;37(2):80-8.
140. Addington J, Burnett P. Working with families in the early stages of psychosis. *Psychological Interventions In Early Psychosis A Treatment Handbook*. 2004:99-116.
141. Lee G, Barrowclough C, Lobban F. Positive affect in the family environment protects against relapse in first-episode psychosis. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 2014;49(3):367-76.
142. Kuşçu M, Duman Z, Akman M, Üçok A. Şizofreni Tanılı Hastaların Bakım Vericilerinde Duygu İfadesi Düzeyleri, Umut ve Kendini Suçlama İfadeleri Arasındaki İlişki. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2005;13:249-54.
143. Barrowclough C, Tarrier N. Social functioning in schizophrenic patients. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*. 1990;25(3):125-9.

8. EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -1198

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 18 Kasım 2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/23
Proje No : GO 15/652 (Değerlendirme Tarihi: 21.10.2015)
Karar No : GO 15/652 - 06

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Fatma ÖZ'ün sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Betül ŞENTURK'un tezi olan GO 15/652 kayıt numaralı ve *"Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği Alguları ile Yakınlarının Duygu Dışavurumu ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi"* başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|--|---|
| 1 Prof. Dr. Nürten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| 2 Prof. Dr. Nuket Örnek Buken (Üye) | 10 Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 3 Prof. Dr. M. Yücel Sara (Üye) | 11 Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 4 Prof. Dr. Sevdâ F. Muftuoğlu (Üye) | 12 Prof. Dr. Leyla Dinç (Üye) |
| 5 Prof. Dr. Cenk Sökmenşuer (Üye) | İZİNLI
13 Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| 6 Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | İZİNLI
14 Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| İZİNLI
7 Prof. Dr. Ali Düzova (Üye) | 15 Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) |
| 8 Prof. Dr. Levent Akın (Üye) | GÖREVLİ
16 Av. Meltem Onurlu (Üye) |

Ek 2. Aydınlatılmış Onam Formu

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİNDE VE POLİKLİNİKTE İZLENEN ŞİZOFRENİ HASTALARININ AİLE DESTEĞİ ALGILARI İLE YAKINLARININ DUYGU DİŞAVURUMU VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ KONULU ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı

Şizofreni hastaları ve yakınları ile ilgili bir çalışma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Toplum ruh sağlığı merkezinde ve poliklinikte izlenen şizofreni hastalarının aile desteği algıları ile yakınlarının duygu dışavurumu ve depresyon düzeylerinin belirlenmesidir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyorum. Ancak hemen söylemeliyim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllük esasına dayanır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememin nedeni şizofreni hastalarının algıladıkları aile desteğini belirlemek ve yakınlarının depresif duygudurumlarına göre değişebilen duygudışavurumunu değerlendirerek olası çözüm önerileri geliştirmektir. Sizden bu çalışma için geliştirdiğimiz veri toplama formlarını doldurmanız istenecektir. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Fatma ÖZ ve öğretim elemanı Arş. Gör. Betül ŞENTÜRK tarafından gerçekleştirilecek olan bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı tarafından size anketler verilecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Şunu bilmeniz gerekir ki çalışma sonunda elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel nitelikteki çalışmada kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde herhangi bir problem gelişmeyecektir.

Çalışma süresince tüm soru ve sorunlarınızla ilgili 0312 324 20 13 (176) ve 0538 264 12 92 (cep) numaralı telefondan, Betül ŞENTÜRK’e 24 saat boyunca ulaşabilirsiniz. Şimdiden vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı

“Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği Algıları ile Yakınlarının Duygu Dışavurumu ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi” adlı bu çalışma Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Fatma ÖZ ve öğretim elemanı Arş.Gör.Betül ŞENTÜRK tarafından yapılmaktadır.

Bu çalışmanın; şizofreni hastalarının algıladıkları aile desteğini belirlemek ve yakınlarının depresif duygudurumlarına göre değişebilen duygudışavurumunu değerlendirecek olası çözüm önerileri geliştirmek amacıyla yapıldığı ve veri toplama formlarını dolduracağım konusunda tarafıma bilgi verildi. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin saklanacağı ve kimseyle paylaşılmayacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, herhangi bir problem gelişmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Bu araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. ()

Araştırmacı	Katılımcı	Görüşme Tanığı
Arş. Gör. Betül Şentürk		
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Sıhhiye/Ankara 03123242013/176		

Ek 3. Trsm Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
3. Medeni durumunuz: Evli () Bekar ()
4. Eğitim düzeyiniz: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
Lisansüstü ()
5. Çalışma durumunuz: Çalışıyorum () Çalışmıyorum () Emekliyim ()
6. Çalışıyor iseniz ne iş yaptığınızı belirtiniz:
7. Şu anda kimle/kimlerle yaşıyorsunuz?
- 8.Şu anda toplum ruh sağlığı merkezinde bulunma nedeniniz nedir?
.....
9. Hastalığınız nedir?
10. Bu tanı size ne zaman konuldu?
11. Hastaneye kaç kere yattınız?
12. İlaçlarınızı düzenli olarak almakta güçlük yaşıyor musunuz? Evet () Hayır
()
13. Evet ise ilaçlarınızı almakta size kim yardımcı oluyor?
.....
14. Toplum ruh sağlığı merkezine ne kadar sıklıkla geliyorsunuz?
.....
15. Toplum ruh sağlığı merkezine hangi amaçla geliyorsunuz?
.....

Poliklinik Hasta Tanıtıcı Özellikleri Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
3. Medeni durumunuz: Evli () Bekar ()
4. Eğitim düzeyiniz: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
Lisansüstü ()
5. Çalışma durumunuz: Çalışıyorum () Çalışmıyorum () Emekliyim ()
6. Çalışıyor iseniz ne iş yaptığınızı belirtiniz:
7. Şu anda kimle/kimlerle yaşıyorsunuz?
8. Şu anda hastanede bulunma nedeniniz nedir?
.....
9. Hastalığınız nedir?
10. Bu tanı size ne zaman konuldu?
11. Hastaneye kaç kere yattınız?
12. İlaçlarınızı düzenli olarak almakta güçlük yaşıyor musunuz? Evet () Hayır ()
13. Evet ise ilaçlarınızı almakta size kim yardımcı oluyor?
.....
14. Polikliniğe ne kadar sıklıkla geliyorsunuz?
15. Polikliniğe hangi amaçla geliyorsunuz?

Ek 4. Hasta Yakını Tanıtıcı Özellikleri Formu

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

3. Medeni durumunuz: Evli () Bekar ()

4. Eğitim düzeyiniz: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
Lisansüstü ()

5. Hasta ile yakınlık dereceniz: Annem () Babam () Çocuğum () Eşim ()
Kardeşim () Diğer (.....)

6. Çalışma durumunuz: Çalışıyorum () Çalışmıyorum () Emekliyim ()

7. Çalışıyor iseniz ne iş yaptığınızı belirtiniz:

8. Hastanızla birlikte gün içinde geçirdiğiniz süre kaç saattir?

9. Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?

Ek 5. Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda insanların aileleri ile ilişkileri sırasında yaşadıkları ve hissettikleri duygulara ilişkin ifadeler vardır. Amacımız, her ifadenin size ne kadar uyduğunu öğrenmektir. Her cümle ile ilgili üç seçenek vardır: Evet, Kısmen ve Hayır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyup cevap kağıdında size en çok uyan seçeneğin altındaki

1- Ailem ve akrabalarım gerektiğinde bana manen destek olurlar.	EVET	HAYIR	KISMEN
2- Nasıl davranacağım ya da ne yapacağım konusunda ailemin fertlerinden yararlı fikirler alırım.			
3- İnsanların çoğu ailelerine, benim kendi aileme olduğundan daha yakındır.			
4- En yakın aile fertlerime derdimi açtığımda, bunun onları rahatsız ettiğini düşünürüm.			
5- Ailemdeki kişiler düşüncelerimi duymaktan hoşlanırlar.			
6- Ailem özel işlerimin çoğunu paylaşır.			
7- Ailemden bazı kişiler sorunları olduğunda ya da öğüde ihtiyaç duyduklarında bana gelirler.			
8- Ailemin sevgi ve yakınlığına güvenirim.			
9- Kendimi kötü hissettiğimde, arayabileceğim ve daha sonra bundan pişmanlık duymayacağım bir akrabam var.			
10- Ailem ve ben düşündüklerimizi birbirimize açıkça söyleriz.			
11- Ailem kişisel isteklerimi anlayışla karşılar.			
12- Ailemdeki kişiler sevgi ve yakınlığa ihtiyaç duyduklarında beni ararlar.			
13- Sorunlarımı çözmede ailemin yardımını görürüm.			
14- Ailemden birkaç kişiyle pek çok sorunumu paylaşıyorum.			
15- Ailemdeki kişiler, nasıl davranacakları ya da bazı şeyleri nasıl yapacakları konusunda benim fikirlerimden yararlanırlar.			
16- Aileme sırlarımı açtığımda kendimi huzursuz hissedirim.			
17- Ailemdeki kişiler, canları sıkıldığında beni ararlar.			
18- Aile fertlerimin, sorunlarını çözmede kendilerine oldukça yardımcı olduğumu, düşündüklerini hissediyorum.			
19- Başka insanların aksine, benim, ailemden hiçbir kişiyle aramda fazla yakın ilişki yoktur.			
20- Daha farklı bir ailem olmasını isterdim.			

parantezin içini (X) şeklinde işaretleyin.

Ek 6. Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği

AÇIKLAMA:Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumlar sizeuygunsa doğruyu (D), uygun değilse yanlış (Y) işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

1. Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum. (D) (Y)
2. Onun hasta olduğuna inanmıyorum. (D) (Y)
3. Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum. (D) (Y)
4. Benim için onun istekleri diğer aile üyelerininkinden daha önemlidir. (D) (Y)
5. Onunla ilgili her şeyi, kendine özel konuları bile öğrenmeye çalışıyorum. (D) (Y)
6. Onun varlığı beni deli ediyor. (D) (Y)
7. Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye. (D) (Y)
8. Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum. (D) (Y)
9. Ona sık sık öğüt veriyorum. (D) (Y)
10. Onunla uyuşamıyoruz. (D) (Y)
11. Bıraktım artık ne hali varsa görsün. (D) (Y)
12. Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum. (D) (Y)
13. Ona kırılıyor, güceniyorum. (D) (Y)
14. Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim. (D) (Y)
15. Onun üstüne titrerim. (D) (Y)
16. Onunlayken başka şeyle ilgilenemiyorum, ilgim hep onunla oluyor. (D) (Y)
17. O benim hayatımı yaşamama engel oluyor. (D) (Y)
18. O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmışgibi geliyor. (D) (Y)
19. Onun yaptığı işleri beğenmiyorum. (D) (Y)
20. Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve bunu ona söylüyorum. (D) (Y)
21. Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum. (D) (Y)
22. Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum. (D) (Y)
23. Onun her şeyi ile ben ilgileniyorum. (D) (Y)
24. “Ondan ah bir kurtulsam” diye düşündüğüm oluyor. (D) (Y)

25. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum. (D) (Y)
26. Kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum. (D) (Y)
27. Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılamıyorum. (D) (Y)
28. Biz birbirimize benziyoruz. (D) (Y)
29. Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum. (D) (Y)
30. Onunla iyi anlaşıyoruz. (D) (Y)
31. Aklım fikrim hep onda başka hiçbir şey düşünemiyorum. (D) (Y)
32. Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum. (D) (Y)
33. Ondan uzak kalmak istiyorum. (D) (Y)
34. Başıma bir sürü dert açıyor. (D) (Y)
35. O olmasa bütün işler yoluna girecek. (D) (Y)
36. Bir zorlukla karşılaşsam başa çıkabiliyorum. (D) (Y)
37. Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor. (D) (Y)
38. Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmaya çalışırım. (D) (Y)
39. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla sohbet etmeye çalışırım. (D) (Y)
40. Onun hastalığını abarttığını düşünüyorum. (D) (Y)
41. Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum. (D) (Y)

Ek 7. Beck Depresyon Ölçeği

- 1
 - (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
 - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2
 - (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
 - (1) Gelecek için karamsarım.
 - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3
 - (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
 - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
 - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
 - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4
 - (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 - (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
 - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 - (3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5
 - (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
 - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6
 - (0) Kendimden memnunum.
 - (1) Kendimden pek memnun değilim.
 - (2) Kendime kızgıyım.
 - (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7
 - (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 - (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
 - (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
 - (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.
- 8
 - (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
 - (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
 - (2) Kendimi öldürmek isterdim.
 - (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9
 - (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
 - (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 - (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
 - (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10
 - (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
 - (1) Eski sine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
 - (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
 - (3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

11. (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
19. (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21. (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Ek 8. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi İzin Yazısı

521

Betül Şentürk



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı
Erişkin Hastanesi Başhekimliği

Sayı: 27043162-773/3575

23/12/2015

Konu: Araştırma Görevlisi Betül ŞENTÜRK

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM KOORDİNATÖRLÜĞÜNE

İlgi : 08.12.2015 tarih ve 1897 sayılı yazınız.

İlgi yazınız Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından incelenerek cevap yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. ARZU TOPELE İSKİT
Erişkin Hastanesi Başhekim

EKLER :
2 sayfa yazı



5803671755



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı: 20481383-975/3604
Konu: Araştırma Görevlisi Betül ŞENTÜRK

15/12/2015

ERİŞKİN HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 10.12.2015 tarih ve 3448 sayılı yazısı.

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Betül ŞENTÜRK'ün Prof. Dr. Fatma ÖZ danışmanlığında yürüttüğü "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği Algıları ile Yakınlarının Duygudurumunu ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu çalışmasını Hastanemiz Psikiyatri Polikliniğinde 01.01.2016-31.07.2016 tarihleri arasında yapması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

GÖNÜL YILDIZIM
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri
Müdürü





T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı: 44831537-010/1300
Konu: Hem. Fak. Betül Şentürk

15/12/2015

Erişkin Hastanesi Başhekimliği'ne,

İlgi : 10.12.2015 tarih ve 3448 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda sözü edilen Hemşirelik Fakültesi Araştırma Görevlisi Betül Şentürk'ün çalışmasını bölümümüzde yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunulur.

Saygılarımla,

Prof.Dr. A. ELİF ANIL YAĞCIOĞLU
Anabilim Dalı Başkanı



Ek 9. Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı

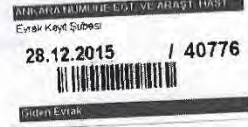


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 20796219-Per.774

Konu: Tez Çalışması – Betül ŞENTÜRK



ANKARA İLİ 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi: 18.12.2015 tarih ve E-233 sayılı yazınız.

İlgi yazınızla, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Betül ŞENTÜRK'ün, Prof. Dr. Fatma ÖZ danışmanlığında yürüttüğü "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği Algıları İle Yakınlarının Duygu Dışavurumu ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını hastanemizde yapması talebi ile ilgili hastanemiz Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu Kararı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Op. Dr. Saniye N. TONTUŞ
Hastane Yöneticisi a.
Başhekim Yardımcısı

Ek:1

14-1-2016

Uygundur.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi İrtibat; Personel Şube Sorumlusu M.İNAÇ
Talatpaşa Bulvarı No:5 Altındağ/Ankara
Tel: 0 (312) 508 44-86-88-89-90 Faks:0 (312) 508 49 10



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 51700877/730.08.03
Konu : Tez Çalışması - Betül ŞENTÜRK

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Betül ŞENTÜRK'ün, Prof. Dr. Fatma ÖZ danışmanlığında yürüttüğü "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği Algıları İle Yakınlarının Duygu Dışavurumu ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi ile ilgili Hastane Yöneticiliğinin yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

Dr. Ertuğrul ÜNKOÇ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

1- İlgili Evraklar (2 sayfa)

14.01.2016

14.01.2016

14.1.2016

Anafartalar Cad. Altındağ Belediye Sarayı Talatpaşa Bulvarı 06320 Altındağ/ANKARA e-posta :
kbb0601.egitim@saglik.gov.tr
Selvinaz YÜCEL Tel: 0 312 306 36 76-3718 Fax: 0 312 306 36 32

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 65c60623-0f4d-4f5e-a9c1-e742dd6fd836 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 10. Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri İzin Yazıları

523



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA İLİ 3. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA İLİ 3. BÖLGE KHBGS
EĞİTİM VE ARAÇTIRMA
16/12/2015 12:41 - 78307406 - 774.99 - E.14013
00016376891

Sayı : 78307406/774.99
Konu : Araştırma İzni

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlüğüne
DAĞITIM YERLERİNE

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi Betül ŞENTÜRK'ün, Prof. Dr. Fatma ÖZ danışmanlığında yürüttüğü
araştırma çalışmasını sağlık tesisinizde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi üniversitenin
08/12/2015 tarihli ve 1900 sayılı yazısı ile talep edilmektedir.

Anılan çalışmanın belirtilen sürede bizzat Betül ŞENTÜRK tarafından yürütülmesi,
katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması,
çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla
kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun
bir örneğinin ilgili üniversite tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla sağlık
tesisinizde yapılmasında bir sakınca bulunmamaktadır.

Konunun bahsi geçen çerçevede Yöneticiliğinizce de değerlendirilerek, sonucundan
Genel Sekreterliğimize ve ilgili üniversiteye bilgi verilmesi hususunda;
Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Murat ÖZMEN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER: Dosya (1 Adet)

Dağıtım:
Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi

Bilgi:
Hacettepe Üniversitesi Rektörlüğü ✓

Bölgenin Aşh
Elektronik İmzalıdır
16.12.2015

(Signature)

ANKARA 3. BÖLGE
GENEL SEKRETERLİĞİ

İdari Hizmetler
Başkanı

Ünvan

Ankara İli 3. Bölge Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Demirlibahçe Mah. Mamak Cad. No:11
Mamak ANKARA İlhan BÜYÜKCEBECİ İletişim: 03122019140 ilhan.buyukcebeci@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8b929a29-4ecc-4562-b500-30c8b9028ec3 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**Ek 11. Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı
Merkezi.İzin Yazısı**



535

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara İli 3. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dr.Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi

Sayı: 22568850/ 13640
Konu :Anket İzni

21 Aralık 2015

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi

İlgi: TKHK 'nun 16.12.2015 tarihli ve E.14013 sayılı yazısı.

TKHK' nun ilgi sayılı yazısına istinaden Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi Betül ŞENTÜRK'ün, Prof.Dr.Fatma ÖZ danışmanlığında '**Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği Algıları İle Yakınlarının Duygu Dışavurumu ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi**' konulu çalışması Hastane Yöneticiliğimizce değerlendirilmiş olup, Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr.Ömer SAHİN
Hastane Yöneticisi

**Ek 12. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim Ve Araştırma
Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi İzin Yazısı**



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ankara İli 3.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 33.738.87/770 10926
Konu : Araştırma İzni Hk.

.../.../2015

26 Aralık 2015

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi
06100 Sıhhiye/ ANKARA**

İlgi: TKHK Ankara İli 3. Bölge Genel Sekreterliği'nin 16/12/2015 tarih ve E.14013 sayılı yazısı

İlgili yazı ile anılan çalışmanın, hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı araştırma görevlisi Betül ŞENTÜRK tarafından 01/12/2015 – 31/05/2016 tarihleri arasında yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması ve başka makam, kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin üniversiteniz tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla, çalışmanın Kurumumuzda yapılmasında sakınca yoktur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Gülten KİLYAK
Yönetici/Başhekim

**Ek 13. Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı
Merkezi İzin Yazısı**



675
T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA 2. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Pınarbaşı Cad. Ardahan Sok. No:25
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 43278876 /770

Konu: Betül ŞENTÜRK

21.09.2016

4390

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Hemşirelik Fakültesi)**

İlgi : 06.09.2016 tarih ve 1321 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Üniversiteniz - Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Betül ŞENTÜRK' ün hastanemize bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde 19.09.2016-01.12.2016 tarihleri arasında "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği Algıları ile Yakınlarının Duygu Dışavurumu ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını yürütme talebi, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde bizzat Betül ŞENTÜRK tarafından yürütülmesi, katılımların gönüllülük esasına dayandırılarak katılımcıların yazılı onamlarının alınması, çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin, üniversiteniz tarafından Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Aşır ERASLAN
Hastane Yöneticisi V.

Sanatoryum Cad. Pınarbaşı Mahallesi Ardahan Sokak No:25 Keçiören / ANKARA
Elektronik Ağ: www.akeah.gov.tr e-posta: akeahcegitim@gmail.com
Telefon: 0 312 356 90 00 - 05 - 06
Faks: 0312 356 90 20
Not: Cevabi Yazılarınızda Yazımızın Tarih ve Sayısını Lütfen Belirtiniz.

EĞİTİM ve AR-GE BİRİMİ
Sevcan ATASOY
Birim Sorumlusu
Telefon: 0 312 356 90 00 / 1648

**Ek 14. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı
Merkezi İzin Yazısı**



**T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

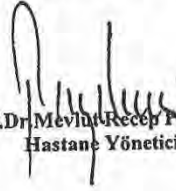


SAYI : 93471371-
KONU : Betül ŞENTÜRK-Tez Çalışması

**ANKARA 1. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE
(İdari Hizmetler Başkanlığı)**

İlgi: 21.09.2016 tarih ve 11789 sayılı yazınız.

Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Betül ŞENTÜRK'ün "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği Algıları İle Yakınlarının Duygu Dışavurumu ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını hastanemize bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapma talebi Hastane Yöneticiliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini arz ederim.


Doç. Dr. Mevlut Recep TEKİCİ
Hastane Yönetici V.

Ek 15. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Ret Yazısı

Prof. Dr. Fatma Özte



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi



T.C. Sağlık Bakanlığı

SAYI : 41303261/Eğt.
KONU: Araştırma İzni/Betül
ŞENTÜRK

12.01.2016 000676

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesine
Ankara

İlgi: 16.12.2015 tarih ve 605.01-E.758 sayılı Ankara 2. Bölge Genel Sekreterlik Yazısı

İlgili yazıya istinaden Üniversiteniz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı araştırma görevlisi Betül ŞENTÜRK'ün "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği" konulu tez projesi çalışması incelenmiş olup Hastanemiz Psikiyatri Kliniğine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde hali hazırda benzer konularda asistan hekimler tarafından tez çalışmaları yürütülmesi ve bu konudaki yoğunluk nedeniyle anılan çalışmanın Kurumumuzda yapılması uygun görülmemiştir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uz.Dr. S. Dinçer YETİŞ
Hastane Yöneticisi a.
Baştabip Yardımcısı

Prof. Dr. Fatma Özte

Betül Şentürk



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi



T.C. Sağlık Bakanlığı

SAYI : 41303261/Eğt.
KONU: Araştırma İzni/Betül
ŞENTÜRK

12.01.2016 000676

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesine
Ankara

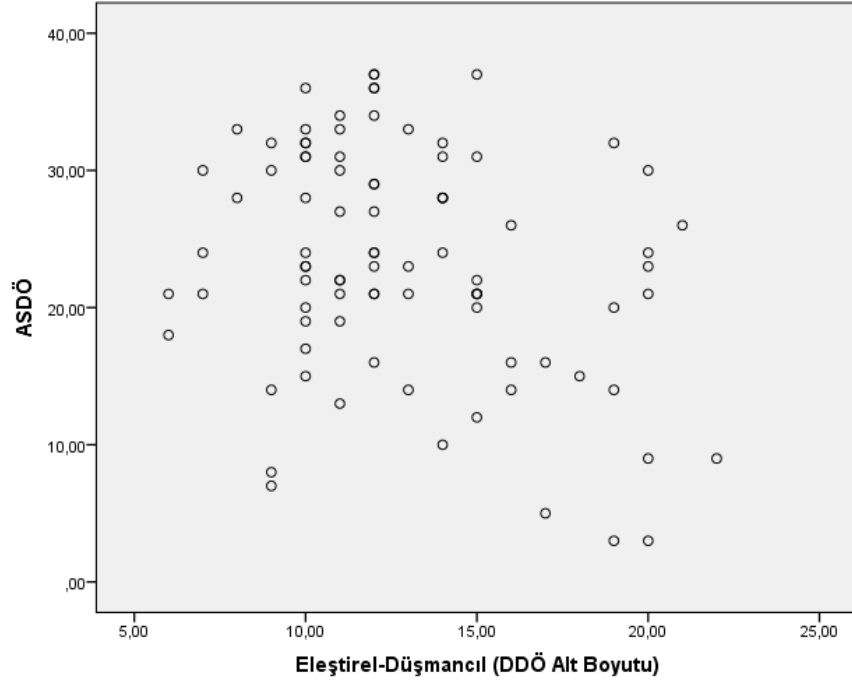
İlgi: 16.12.2015 tarih ve 605.01-E.758 sayılı Ankara 2. Bölge Genel Sekreterlik Yazısı

İlgili yazıya istinaden Üniversiteniz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı araştırma görevlisi Betül ŞENTÜRK'ün "Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği" konulu tez projesi çalışması incelenmiş olup Hastanemiz Psikiyatri Kliniğine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde hali hazırda benzer konularda asistan hekimler tarafından tez çalışmaları yürütülmesi ve bu konudaki yoğunluk nedeniyle anılan çalışmanın Kurumumuzda yapılması uygun görülmüştür.

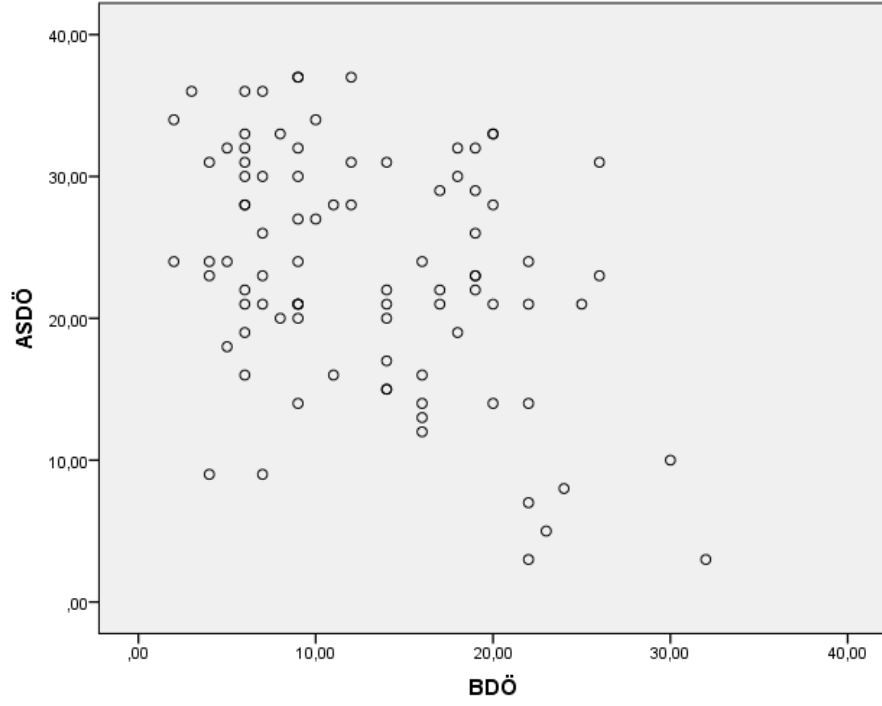
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uz.Dr. S. Dinçer YETİŞ
Hastane Yöneticisi a.
Baştabip Yardımcısı

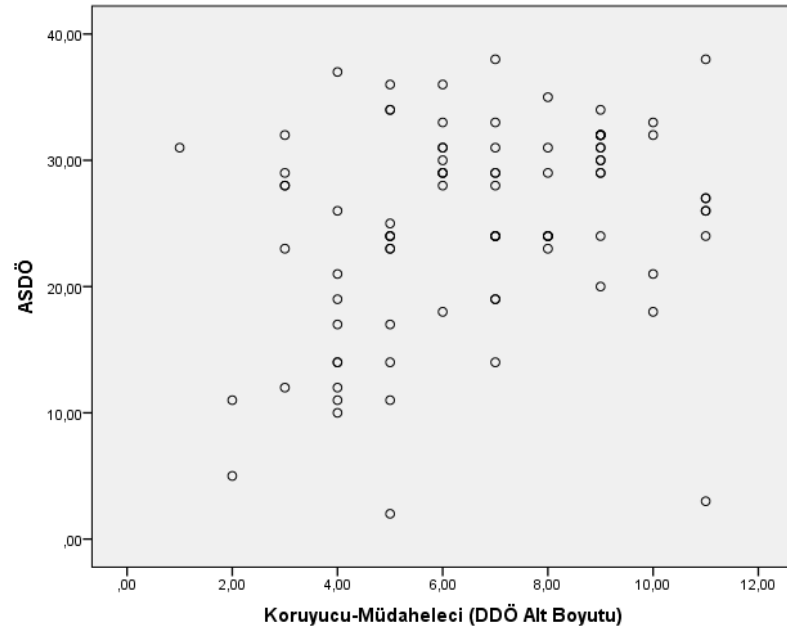
Ek 16. Saçılım Grafikleri



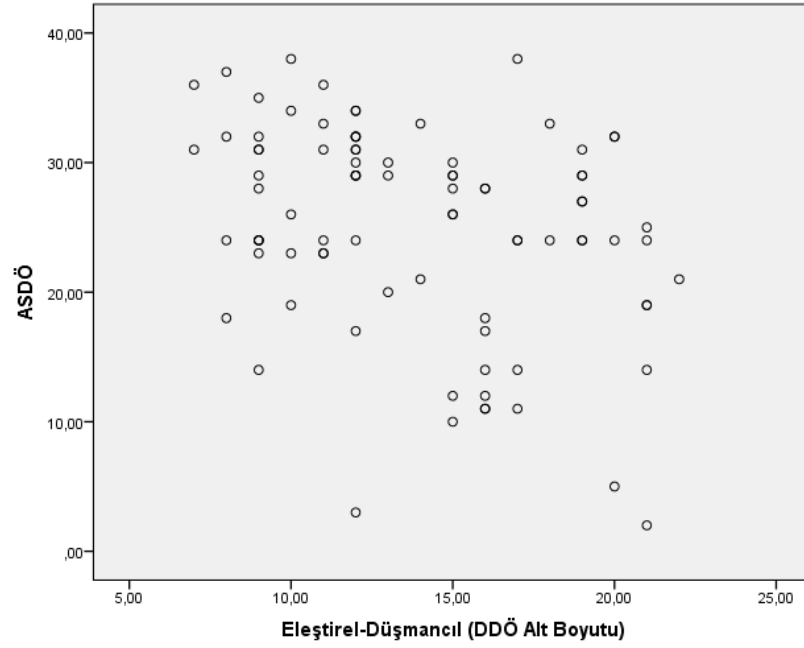
Grafik 3. TRSM’de ASDÖ-DDÖ(Eleştirel-Düşmanlı Alt Boyut) Saçılım Grafiği



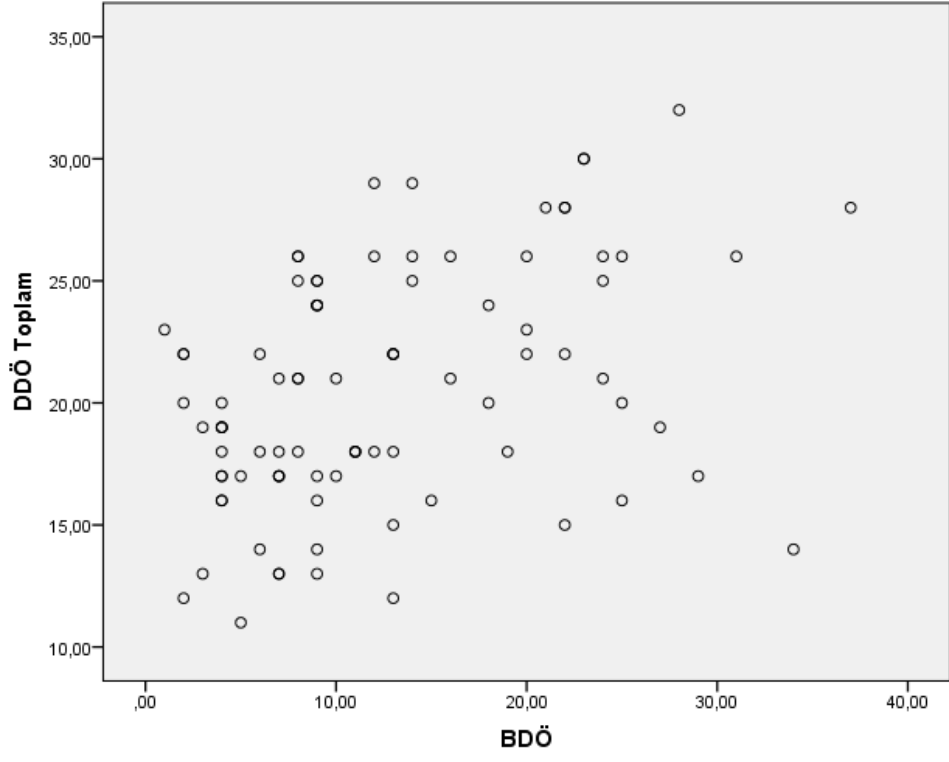
Grafik 4. TRSM’de ASDÖ-BDÖ Saçılım Grafiği



Grafik 5. Polikliniklerde ASDÖ-DDÖ (Koruyucu-Müdahaleci Alt Boyut) Saçılım Grafiği



Grafik 6. Polikliniklerde ASDÖ-DDÖ (Eleştirel-Düşmancıl Alt Boyut) Saçılım Grafiği



Grafik 7. Polikliniklerde DDÖ-BDÖ Saçılım Grafiği

Ek 17 Tablo 1. Şizofreni Hastalarının TRSM'ye ve Polikliniğe Gelme Nedenleri

Gelme Nedeni		Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		DDÖ Alt Boyutları				DDÖ Ölçek Toplam		Beck Depresyon Ölçek Toplam	
				Aşırı İlgi Koruyucu Kollayıcı Müdahalecilik Alt Boyut		Eleştirelilik düşmancıl oluş Alt Boyut					
		Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks	Ortanca	Min-Maks
TRSM'de Bulunma Nedeni	Etkinlik	23,00	3-36	6,00	0-10	12,00	7-20	20,00	8-29	14,00	2-32
	İyileşmek	26,50	10-37	4,00	1-11	12,00	6-18	17,50	7-27	13,00	5-30
	Sosyalleşmek	18,00	5-37	5,00	2-8	10,00	6-22	18,00	8-25	9,00	5-23
	Diğer	21,50	3-33	5,00	1-8	11,00	7-21	17,50	8-28	9,00	4-24
	İstatistiksel Analiz	KK=1,039	p=0,792	KK=1,121	p=0,772	KK=2,681	p=0,443	KK=2,107	p=0,550	KK=1,272	p=0,736
Psikiyatri Polikliniğinde Bulunma Nedeni	Kontrol	26,50	5-38	7,00	2-11	12,00	7-22	18,50	11-32	9,50	2-29
	Tedavi	26,50	2-38	6,50	1-11	14,50	8-21	21,50	12-28	12,50	1-37
	İstatistiksel Analiz	Z=-1,148	p=0,251	Z=-0,481	p=0,631	Z=-1,224	p=0,221	Z=-0,892	p=0,373	Z=-0,274	p=0,784

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Betül Şentürk
Doğum yeri ve tarihi: Ankara 02.04.1990
Uyruğu: T.C
İletişim adresi ve telefonu: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi/0(312)3052013

II- Eğitim

Lisans: Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü (2009-2013)
Lise: Ankara Mehmetçik Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi (2004-2008)

III- Mesleki Deneyim

Araştırma Görevlisi: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2013-Halen)

IV-Bilimsel Faaliyetler

Katıldığı Kongreler:

- 1) 5th Biennial Schizophrenia International Research Society Conference. Italy, 2016.
- 2) III. Uluslararası VII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Ankara, 2014.
- 3) II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Erzurum, 2012.