

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

60925

"HEMŞİRELİK SÜRECİ" UYGULAMASININ
ŞİZOFREN HASTALARIN İYİLESME VE
ÇEVREYE UYUMLARINA ETKİLERİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Nurhan EREN (BIKMAZ)

Tez Yöneticisi: Yard.Doç.Dr. Çaylan PEKTEKİN

İSTANBUL - 1988

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>SAYFA</u>
GİRİŞ	1
GENEL BİLGİLER.	4
MATERYAL VE METOD	18
BULGULAR	21
TARTIŞMA	28
SONUÇ VE ÖNERİLER	33
ÖZET	35
SUMMARY	36
KAYNAKLAR	37
EKLER	41
ÖZGEÇMİŞ	52

G İ R İ Ő

Birey, biyolojik-psikolojik-sosyolojik ve kültürel özelliklerinin tümü tarafından sınırlanmış kurumlarla içiçe yaşar. Bir yandan kendi kişisel özellikleri bu kurumların sunduklarıyla biçimlenirken, diğer yandan onları değiştirmeye ve geliştirmeye çalışır. Bireyin bu çabaları, aynı zamanda, dengeli ve uyumlu bir yaşam için kurmuş olduğu homeostatik yapının devamını sağlar. Ancak bu homeostatik yapının bozulmasıyla bireyin yaşam çabaları kesintiye uğradığında, sağlığını sürdürme ve onu korumada güçlük çekerek bu konuda bir profesyonele gereksinim duyar.

Bu alanda birden çok meslek üyesi söz sahibi olup, hasta birey'e yönelik çabalarını ve hizmetlerini düzenlemek için bir sağlık ekibi oluşturur. Bu disiplinlerarası sağlık ekibindeki her bir grup üyesi, bireye ve ailesine yardım edebilmek için, sorunu ortaya çıkararak kendi mesleki yöntemleri ile analiz ederler (4).

Günümüzde, psikiyatri alanında ortaya çıkan gelişmeler doğrultusunda ekip çalışmasının önemi ve ekip üyesi olarak hemşireye duyulan gereksinim artmıştır. Sağlıkla ilgili her alanda olduğu gibi psikiyatri alanında da hasta ile uzun süre bir arada bulunan hemşireden, hastasının tedavisinde daha etkin rol alması ve bakımını üstlenmesi beklenmektedir (33,34).

Psikiyatri hemşireliğinin amacı, hastada iyi olma halini canlandırarak bir motivasyon yaratmaktır. Özellikle

psikiyatrik hasta, sosyal yetersizlikleri nedeniyle kendiliginden topluma uyum sağlayamayan bu konuda ona yardımcı olunmazsa normal yaşamdan izole olan kişidir. Hastanın var olan potansiyelini ortaya çıkarmak ancak tedavi edici ilişkilerin sürdürüldüğü bir çevre içinde profesyonel hemşirelik yaklaşımları ile mümkündür (41).

Diğer hemşirelik bilimdallarından farklı olarak psikiyatri hemşireliği uygulamalarında, hasta ile tedavi edici bir ilişki kurarak, onun için şu anda yaşadığı durumun ne anlam ifade ettiğini anlamak ve onda iyi olma isteğini canlandırmak önemlidir. Psikiyatri hastası, yetersizlikleri ve ilkel savunma mekanizmaları nedeniyle, insanlararası ilişkileri bozulmuş bir kişidir. Hemşire onunla tedavi edici bir ilişki kuramazsa yeterli stimülasyon yaratılamayacağından hem hasta hem de hemşire istedikleri amaca ulaşamayacak ve bu durum her ikisinde de motivasyonu bozacaktır.

Bu anlamda hemşirelik süreci tedavi edici ilişkide ve hasta bakımında güzel bir araçtır. Hangraves'in (1979) "Düşünce Süreci" ve "Hemşirelik aktivitelerinin bir kombinasyonu" olduğunu söylediği hemşirelik sürecini, Leonard ve Redland (1981) "Bir amaca yönelmiş bir seri aktivite" olarak tanımlar (21).

Kısaca hemşirelik süreci, hastanın sorunlarını sistematik bir biçimde saptama, bunların çözümü için planlar yapma, yapılan bu planları uygulama ve tüm sonuçların sorunların çözümündeki etkisini değerlendirmeyi içeren bilimsel bir yöntemdir.

Temelde insanlararası iletişim kurma yeteneği bozulan psikiyatri hastasında, gözlem ve onun iletişim kurmasını olumsuz yönde etkileyen sorunlarının saptanması ve çözümü çok önemlidir. Bunları yapabilmek için hastaya güven vermek ve ona yardımcı olabileceğini hissettirmek

gereklidir. Bu nedenle psikiyatri hemşireliğinde süreç uygulaması, hasta ile güven verici, ilgili, sevgi duyulabilen, sempatik bir ilişki kurulmasını ve hastanın tüm aşamalarda bir bütün olarak ele alınmasını zorunlu kılarak, tedavi ve bakımda daha etkin bir hemşirelik hizmeti sunulmasını sağlar.

Psikiyatri hemşiresinin, hastaların tedavisinde yüklenmiş olduğu sorumluluklar göz önünde tutularak böyle bir araştırma planlanmıştır. Bu araştırmanın amacı, hemşirelik süreci uygulamasının şizofren hastaların iyileşme ve çevreye uyumlarına olan etkilerini araştırmaktır. Bu yolla hemşirelik süreci uygulamasının şizofren hastaların iyileşmelerindeki önemi ortaya çıkacaktır. Tanı ve tedavi yöntemlerinin çokluğu göz önüne alınarak, araştırma, yıllarca tedavi edilemez, kronik hastalar olarak değerlendirilen ve psikiyatridi en çok uğraştıran şizofren hastalar ile sınırlandırılmıştır. Şizofren hastaları seçmemizdeki bir diğer etken de, son yıllarda erken çocukluk ve aile içi etkileşimlerle ilgili yapılan araştırmaların bu hastalığın tedavisine yeni bir boyut katarak ekip çalışmasını ve onun bir üyesi olan psikiyatri hemşiresinin rolünü öne çıkarması olmuştur.

Bu çalışmada, hemşirelik süreci uygulamasının, şizofren hastaların iyileşme ve çevreye olan uyumlarını olumlu yönde etkileyeceği varsayılmıştır.

GENEL BİLGİLER

İnsanın kendi ruhsal yaşamı ile ilgilenmeye başlamasını, düşüncenin gelişmeye başladığı çok eski tarihlere kadar götürebiliriz. M.Ö. 1500 yıllarına ait Mısır yazıtlarında belirtilen alkolik durumlar, şiddetli depresyonlar ve nevrotik reaksiyonlar da bunu kanıtlamaktadır (40).

Akıl hastalarını ve insan doğasını bilimsel bir gözle ilk kez gören Hippocrates (M.Ö. 460-377) olmuştur. Hippocrates akıl hastalarının şefkat, anlayış, hoşgörü ve iyilikle tedavi edilmesi gerektiğini belirterek, tıp ve hemşirelik bakımına bugün bile yeri doldurulamayacak temel ilkeler getirmiştir. Bu ilkeler, hekim ve hemşirenin öncelikle hastayı gözlemesi, anlaması, tanı koyması ve tedavi etmesi üzerinde odaklanmıştır (40).

Günümüzde şizofreni diye adlandırılan olgu ise çağlar boyu hekimleri ve filozofları ilgilendirmiştir. Eski çağ sanskritik yazılarında şizofrenik türde ruh hastalığının tanımlandığı bildirilmektedir. Orta çağ Avrupasında şeytana tutulmuş diye bilinen ruh hastalarının önemli bir bölümünü kuşkusuz şizofrenler oluşturur. 18. yüzyılda İngiltere'de John Haslam ve George Man'ın gençlik çağında başlayan endojen doğallı, içe kapanma, düşünce ve duygu bozukluğu ile tanımladıkları ve bir ad veremedikleri bozukluğun da şizofreni olduğu düşünülebilir (13,23).

19. yüzyılın sonlarına doğru Emil Kraepelin, kendisinden önce bazı araştırmacıların değişik isimlerde ve

farklı ruhsal bozukluklar olarak tanımlamış oldukları durumların gerçekte aynı hastalığın farklı türleri olduğunu ve tümünde ortak olan özelliğin bunamayla sonlanma olduğu görüşünü ortaya attı. İleri bir titizlikle vak'aların klinik tablolarını inceleyen Kraepelin 1893'te Demantia Praecox, Katatoni, Hebefreni ve kendisinin de ilave ettiği Demans Paranoid tablolarını "ruhi dejeneratif psikozlar" altında topladı. Daha sonra 1899'da ayrı ayrı tanımlanmış sendromların tek bir hastalığa işaret ettiğini söyleyerek buna "Demans Praecox" adını verdi (13,23,36).

1911'lerde Bleuler, Kraepelin'in temel görüşlerini olduğu gibi kabul etmekle birlikte, şizofreninin mutlaka bunama ile sonlanmadığını, bu hastalığın daha çok zihinsel bağlantılardaki bir bozukluk ve kişiliğin temel işlevlerinde bir parçalanmayla belirlendiği görüşünü savunmuştur. Bundan dolayı da zihin bölünmesi anlamına gelen şizofreni (schizophrenia) terimini önermiştir (36,37).

Freud, her ne kadar çalışmalarını nevrozlar üzerinde yoğunlaştırmışsa da, bilinçdışı kavramından yararlanarak şizofreniyi kişinin bu duruma yol açan psikodinamik süreçlerin bilincinde olmamasının yanı sıra, olayları bilinçdışına itmemesi sonucu paradoksal bir biçimde oluşturduğu görüşünü ortaya atmıştır (3,13,24).

Şizofreni konusunun önemli katkılardan bazıları da varoluşçu ekolden gelmiştir. Binswanger (1958), şizofrenik kişilerin gösterdikleri belirtilerin incelenmesinin yanı sıra, bu kişilerin hastalık öncesi yaşam dönemlerindeki varoluş biçimlerine, patolojik eğilimlerine ve yaşantılarının özgün yönlerine de önem vermiştir. Diğer bir varoluşçu Minkowski ise, bu hastalığın temel özelliğinin gerçekte ilişkisinin yitirilmesi olduğunu savunarak, şizofreniklerde yer ve zaman algılaması değişikliklerinden söz etmiştir (13,24).

1970'lere doğru, dialektik olarak zıt görüşler taşıyan şizofreni ile ilgili düşüncelerin yeni bir birleşmeye, senteze açık oldukları ortaya çıkmaktadır.

Günümüzde bu hastalığın psikolojik semptomatolojisi, tanı ve tedavide temel ölçüyü oluşturmaktadır. Yüzyılın başlangıcı bu hastalıkta esas bir bozukluk, primer bir semptom aramakla geçmiştir. 1914'de nörolojiden esinlenen Stransky, emosyonlar ve düşünce arasında bir koordinasyon yokluğunu saptamış ve bunu intrapsişik ataksi olarak adlandırmıştır. Bleuler, düşüncenin kendi içinde bir yarıklık gösterdiğini saptamış ve Wundt'un çağrışım psikolojisine bağlı olması dolayısıyla bu çağrışım gevşekliğinin temel bozukluk olduğunu düşünmüştür. Düşünce bozukluğu kadar önemli olmamakla beraber, irade kuvvetinin azalmasının, emosyon katılığıının ve düzleşmesinin, ambivalans'ın primer semptomatolojiyi oluşturduğuna inanmıştır. Hezeyanlar, halüsinasyonlar, katotonik semptomlar sekonder olarak düşünülmüştür (1,2,3,23,24,37).

Şizofrenin esas semptomlarını:

- Düşünce bozuklukları,
- Algılama bozuklukları,
- Duygu bozuklukları,
- Motor davranış bozuklukları olarak gruplandırma olanağı vardır. Semptomlar hiçbir zaman tek başına gözükmeyip semptom kompleksleri halinde gözükürler (1,2,3,23,37).

Kreapelin şizofreniyi, Hebefrenik, Katotonik ve Paranoid alt gruplarına ayırmış, daha sonra ise Bleuler basit şizofreni adını verdiği bir klinik tabloyu da dördüncü alt grup olarak sınıflandırmaya katmıştır. Böylece günümüzde esas şizofreniyi:

- 1- Hebefrenik tip,
- 2- Katotonik tip,
- 3- Paranoid tip,
- 4- Basit tip olmak üzere dört alt grupta toplamak adet halinde kabul edilmektedir. Ayrıca bu tiplerin dışında, rezidüel tip, şizoaffektif tip, tardiv şizofrenilerden de söz edilmektedir. Bu gruplar arası sınırların kesin olmadığı akut fazda ve seneler boyunca semptomatolojinin değişiklikler gösterebileceği de kabul edilmiştir (3,10,23,37).

Bu hastalığın oluşumunu açıklayan çalışmaların sayısı oldukça fazladır. Yapılan bu çalışmalar bugüne kadar tek başlarına bu hastalığın oluşumunu açıklamaya yetmemektedir. Şizofreninin oluşup gelişmesini ve ortaya çıkmasını tek bir sebebe bağlamak yerine birçok faktörün, karışık bir ilişki ortamında karşılıklı etkileşimleri ile bu hastalığı oluşturdukları düşünülür (3,5,13).

Günümüzde şizofreninin oluşumunu açıklayan bu görüşleri üç ana grupta toplayabiliriz. Bunlar:

- 1- Organik görüşler,
- 2- Psiko-dinamik görüşler,
- 3- Toplumsal görüşlerdir.

Organik yönden yapılan araştırmalar genellikle, kalıtım incelemelerini, beden yapısı ile ilgili çalışmaları ve biyokimyasal etkenleri araştırmıştır. Bu konuda çok kesin sonuçlar elde edilememiştir.

Psiko-dinamik açıdan yapılan çalışmalar ise Pierre Janet'in (1859-1942) yıllarında ortaya attığı psikodinamik teori ile başlamıştır. Daha sonra Freud, psikoanalitik görüşü ileri sürmüştür.

Konuyu toplumsal yönden ele alan araştırıcılar, özellikle toplumsal rollerin aşırı pekiştirilmesi sonucu kişinin kendine yabancılaşmasını vurgulamışlardır. Şizofreninin kent toplumlarının alt sosyo-ekonomik düzeyinde daha sık görülmesinin, hastalığın bir nedeni mi, yoksa sonucu mu olduğu sorusu da açıklığa kavuşturulamamıştır. Şizofreninin sosyal ön alanının incelenmesi bu hastalığın çok gerilere dayanan bir sosyal süreç olduğunu göstermiştir. Şizofrenlerin aile çevreleriyle uğraşıldıkça, ailenin normal dış görünümünün altında çok belirgin anormalliklerin olduğu anlaşılmıştır (1,3,9,13).

Nedeni, yapısı, sınıflandırılması tam olarak açıklanamamış bu hastalığın, tedavisi üzerinde de oldukça çok sayıda görüşler ortaya çıkmıştır. Bu görüşler genellikle hekimin ya da sağlık kurumunun genel yönelimine bağılı olarak değişiklikleri uğramaktadır. Organik ve biyokimyasal görüşleri benimseyenler öncelikle farmakolojik ve somatik tedavilere ağırlık vererek hastaları iyileştirmeye çalışmışlar, psiko-sosyal etkenlere ve dinamik psikiyatriye yatkın görüşler ise ağırlıklı olarak bu hastaları psiko-terapi yöntemleri ve rehabilitasyon çalışmalarını ile tedavi etmeye çalışmışlardır (1,3,5,13,37).

Son yıllarda yapılan tüm bu çalışmalar psikiyatri hemşiresinin rolünün de ön plana çıkmasına yol açmıştır. Psikiyatri hemşiresi, hasta ile en uzun süre bir arada bulunan kişi olması nedeniyle, tedavinin olumlu yönde sonuçlanmasını etkileme olanağı kuvvetlidir. Psikiyatri hemşiresinin bir amacı da hastaya, sonunda dönecekleri topluma katılabilen, kendi kendini yöneten birey olarak, insanlarla iyi ilişkiler kurma şansı verecek bir ortam yaratmaktır (21).

Şizofrenik hastalara bakım veren psikiyatri hemşiresinin rolünde de birinci ve en önemli faktör, ileri

derecede kendine yönelmiş, motivasyonları, yetenekleri, gereksinimleri ve sorunları olan bir kişi olarak hastayı anlamaktır. Hasta ile iletişimde bulunurken ya da ilişki kurarken hemşire standart bir formül kullanamaz. Ancak dikkat etmesi gereken bazı noktalar vardır:

- Hastayı olduğu gibi kabul etmeli,
- Hastayı sadece semptomları açısından değil, bir bütün olarak düşünmeli,
- Hastanın sorun ve gereksinimlerini iyi tanımalı,
- Hastaya bakım amacını bilmeli,
- İnsanlararası ilişkilerde teknik beceri sahibi olmalıdır (15,21).

Şizofrenik hasta kişilerarası ilişki kurmada zorluk çeker. İlişkileri, genellikle başlangıçta şiddetli bir anksiyete ile algıladığı gerçek ve gerçekdışı duygulardan oluşan dağınık bir ağ şebekesi arkasından görür. Anksiyeteden kaçışı, genellikle bir geri çekilme hali ve kişilerarası ilişkinin geliştirilmesine veya bunu elde etmeye karşı direnme takip eder. Bu belirgin geri çekilme ve kişilerarası ilişkilere karşı direniş kişilerarası ilişki kurmada ihtiyaç ve yetenek eksikliği şeklinde yorumlanabilir (29).

Eğer hemşire hasta ile ilişki kurmak için aceleci davranır ve ona güven vermezse bu durum hastanın anksiyetesini arttırabilir. Ama hastayı, kendi güvenliği ve iyileşmesi için uğraştığına inandırırorsa, hastaya, gözlem ve periyodik görüşmelerle, ona karşı iyi niyetini öğrenme fırsatı tanırorsa, hastanın da ona güvenmesini sağlayabilecektir.

Wildman, "hemşire tarafından tedavi edici müdahalenin ilk fazında, dikkat, şizofrenik hastanın kişilerarası durumlardaki temel sorunlarına yöneltilmelidir", demektedir.

dir. Bu, hastanın duygularını, küçümsenme, reddedilme korkusu olmadan ifade edebileceği bir ortamın oluşmasında ilk adımdır (4,29).

Her ne kadar şizofrenik hasta kendi anksiyete duygularına karşı savunmalar geliştiriyorsa da halen bu anksiyeteyi duymaktadır. Bu özellikle psikiyatri hemşiresi için, kişilerarası durumlardan aşağı yukarı tüm bir geri çekilme göstermeye başlamış bir hasta ile ilişki kurulduğunda bilinmesi gereken bir tavidir. Şizofren bir hastanın başkalarıyla ilişki kurabilmesi için birçok kişinin ihtiyacı olan zamandan daha fazla zamana ihtiyacı vardır.

Tedavi edici ilişkide hasta hemşireyi diğer kişilerden farklı algılar. Hastanın ilişkide gelişme göstermesi için kendisinin düşüncelerini ve ihtiyaçlarını, kendine güven vermekte olan hemşireye bırakabileceğini hissetmelidir (29).

Şizofren bir hastaya bakım veren bir hemşirenin hastayı kabul etmesi, sözel olmayan ifadelerinde tutarlı olması, hastanın tavır ve davranışlarına karşı uyanık olması, hastanın duygu ve düşüncelerinin doğruluğuna inanması ve dürüst olması tedavi edici ilişkinin kurulmasında çok önemlidir (25,29).

Hasta - hemşire ilişkisinde tedavi edici unsurların ön planda olması için hemşirenin işlevlerini belli bir plan ve program içinde yapması gereklidir. Önceki yıllarda hemşireler hastanın sorunlarını saptayıp, nasıl çözümler getirebileceklerini planlardı, ancak uygulamaların çok azı değerlendirilirdi. Daha sonraki yıllarda hasta-hemşire ilişkisinin tedavi edici bir nitelik kazanmasında temel noktanın, hemşirelerin sorunları saptadıktan sonra uygun planlar yaparak, uygulamadaki sonuçlarını da değerlendirmeleri gereği önesürülmüştür. Bu konuda ilk

kez Lydia Holl tarafından 1955'de hemşirelik süreci ortaya atıldı. Daha sonra İda Jean Orlanda, "The Dynamic Nurse Patient Relationship" adlı kitabında bu kavram üzerinde durmuş ve 1960 yılında hemşirelik sürecini başlatmıştır (14,20).

Özellikle psikiyatri hemşireliğindeki hasta hemşire ilişkisinde çok önemli bir aracı olan hemşirelik süreci, diğer birçok meslekte olduğu gibi hemşirelik mesleğinin de bilimsel bir temel üzerinde kurulduğunu gösterir (4,14,21).

Hemşirelik sürecinin özelliklerini şöyle sıralayabiliriz:

- Hemşirelik bakımının sistematik bir şekilde verilmesini sağlayan bir araçtır.
- Hemşirelik uygulamalarını belli bir plana sokar.
- Hemşirede, hastasına karşı daha çok ilgi ve motivasyon yaratır,
- Hemşireye daha çok sorumluluk vererek profesyonel bir çalışma yapmasını sağlar.
- Hasta ve hemşire arasında devamlı bir iletişim oluşturarak, bakımda niteliğin artmasını sağlar.
- Hasta, sorunlarıyla ilgilenildiğini ve kimin ilgilendiğini bilir ve bu onu rahatlatır.
- Hemşirelik bireyselleşerek hasta yönünden önem kazanır.
- Hemşirenin yaratıcılığını ve geniş boyutlarda düşünme gücünü geliştirir.
- Bireyi bir bütün olarak ele alma özelliği vardır.
- Hemşire sözel ve sözel olmayan iletişim yollarının bilincine varır. Yararlanmak isteyen diğer kişilere de kaynak olur.
- Verilen bakımın değerlendirilmesine olanak sağlar (21).

Hemşirelik sürecinin kullanılabilmesi için hemşirede bazı yetenek ve becerilerin olması gerekir. Mayers'in tanımında da yer alan bu beceriler, teknik beceriler, davranışsal beceriler ve entellektüel becerilerdir (4,21).

Özellikle psikiyatri hemşireliğinde davranışsal ve entellektüel becerilerin özel önemi vardır. Hasta ile kurulacak olan tedavi edici ilişkide temel belirleyici, hasta ve hemşire birlikte olmakla beraber, uygun hasta bakım ölçütlerinin seçimi hasta ile ilgili bilgiden ve hemşirelik bilgisinden yararlanılarak, hemşire tarafından saptanır. Daha karmaşık olan ve yerinde karar vermeyi, bağımsız yargıyı gerektiren durumlarda hemşire, entellektüel ve davranışsal becerileri yardımıyla doğru kararlara varabilir (4,21,35).

Hemşirelik süreci belli aşamalardan oluşur. Bunlar, gözlem ya da veri toplama, sorunları saptama, bakımı planlama ve bakımın etkinliğini değerlendirme aşamalarıdır(4,14,15,21).

Hemşirelik girişimlerini planlamak ve bilgi sağlamak için gözlem ilk aşamada gereklidir. Doğru ve uygun veriler toplanamazsa hastanın gereksinimlerine cevap verebilecek bir hemşirelik bakımı geliştirilemez. Veri toplamada hemşirenin genel bilgisinin rolü önemlidir. Veri toplarken;

- Hastanın kendine özgü yanları olduğu,
- Belirli bir çevreden geldiği,
- Psikolojik ve fizyolojik gereksinimlerinin varlığı göz önünde bulundurulmalıdır (4,20).

Gözlem aşamasında hemşire hasta davranışları hakkında belli bir bilgi elde eder. Hastanın yetersizlikleri ve güçlük yanları ortaya çıkar. Toplanan tüm bu verilerin

analizi sonucu bir karara varılır. Bu karar, bireyin hemşire ya da diğer sağlık personelinin yardımına gereksinim gösteren bir sorununun olmadığı ya da hastanın yardıma gereksinim duyduğu, sorunları olduğu doğrultusunda olabilir .

Hemşire hastası ile birlikte sorunların üzerinde tartışarak onları belirlemeli ve önem sırasına göre, hemşirelik tanısı şeklinde kayıt etmelidir. Yazarların çoğu, hemşirelik tanısını "kişisel bir düşünce ya da akıllıca bir yargılama" olarak tanımlarlar (21).

Bakımı planlama aşaması, bakım sorunlarının saptanması ile başlar ve temelini buradan alır. Plan hasta ile birlikte yapılmalı ve hastanın bu yolla kendi tedavisine katılım sağlanmalıdır. Psikiyatri hemşireliğinde bu hastanın motivasyonu yönünden çok önemlidir. Bakımı planlarken iki ana ilke göz önünde tutulmalıdır. Amaç ve bu amaca ulaşmak için yapılacak hemşirelik girişimlerinin seçimi. Hemşirelik sürecinde amaç, hemşirelik girişimleri ile ulaşılabilecek sonuçları ifade etmektedir. Amaçlar, sorunun niteliğine göre kısa ve uzun vadeli girişimleri planlayacak biçimde olmalıdır. Birçok kurum kendine özgü bakım planı formları geliştirmiştir. Bir bakım planı içerik olarak, bakımın amacını, hastanın güçlü ve yetersiz yanlarını, bakıma ait direktifleri ve tıbbi direktifleri içermelidir (4,14,21).

Tam olarak planlanmış bir bakım planı; hastanın fiziksel ve psikolojik durumunu, ailenin psikolojik durumunu, hastanın eğitim, rehabilitasyon ve taburculuk planını kapsamalıdır (4,14,21).

Bakım planının uygulama aşaması, hemşirenin kendi becerilerini ortaya çıkardığı için çok önemlidir. Uygulama sırasında hemşire hastasını daha iyi tanır, tepkilerini, güçlüklerini, sınırlılıklarını ve bunlarla başedebilme

yeteneğini saptayabilir. Uygulamalar hastanın hastaneye kabul edilmesinden taburcu oluncaya kadar hemşirelik notlarına işlenir (4,14,21).

Bu aşama en önemli aşamalardan birisidir. Tüm süreç ve bakımın amaca uygun olarak hastaya sunulup sunulmadığı ve sonuçların ne olduğu değerlendirilir. Psikiyatri hastasının bağımsız olarak kendi işlevlerini ne derece yerine getirip getiremeyeceği ölçülür. Devamlı olarak verdiği geri bildirimlerle bakım planına ışık tutar. İstenen amaca ulaşılammışsa, tekrar başa, yani veri toplama aşamasına dönülür ve uygulama yeniden saptanır (4,14,21).

Hemşirelik süreci, hasta hemşire ilişkisi bittiğinde sonlanır. Hastanın bir başka servise nakil olması, taburcu olması ya da ölümü gibi durumlarda.

Hasta bakım yönetimi çeşitli yöntemlerle yapılır. Bunlar:

- Şift yöntemi, hastaların hemşireler arasında gelişigüzel servis sorumlu hemşiresi tarafından bölünerek uygulandığı yöntem.

- Haftalık çalışma yöntemi, bakım planlarının bir hafta boyunca aynı sorumlu hemşire tarafından tutulduğu yöntem.

- Rota-kabul yöntemi, hastaların taburcu oluncaya kadar aynı hemşireler tarafından takip edildiği yöntem.

- Küme yöntemi, hastaların kümelere ayrılarak uygulandığı yöntem.

- İlk hemşirelik yöntemi, bir eğitilmiş lider tarafından bakım planlanarak uygulanan yöntemdir (21).

Ana ilkelerini belirtmeye çalıştığımız hemşirelik sürecinin, tüm hemşirelerin ve özellikle de psikiyatri hemşirelerinin daha etkin ve tedavi edici hizmet sunmalarında önemli bir yeri vardır. Özellikle şizofren

hastalarla çalışan hemşirelerin hasta ile güven ve sevgiye dayanan tedavi edici bir ilişki kurabilmeleri için, hemşirelik sürecinin aşamalarını kullanmaları zorunludur. Şizofren hasta, insanların güvenli bir iletişim kuramaktadır. İnsanlar tarafından anlaşılamayan ve sevgiye dayalı ilişkiler kuramayan şizofrenler, hemşirenin güven ve desteğine en fazla ihtiyacı olan hastalardır. Hemşirelik süreci uygulayan hemşirenin, şizofren hastaların bakımında üzerinde durması gereken önemli noktalar vardır. Bunlar:

1- Şizofrenik hasta "self-esteem'inde" sağlam bir gelişmeye ihtiyaç duyar. Hemşirenin davranışları her zaman bu gelişmeye yardımcı olmalı ve bunu güçlendirecek şekilde olmalıdır.

2- Hasta gerçek dünyada yaşamak için yardım edilmeye ve gerçek insanlarla gerçek şeyler yapmaya ihtiyaç duyar. Hemşire hastanın bozuk görüş açısından çok (hallüsinasyon, hezeyan vb.), onunla bu durumları tartışmayarak, fakat ona yardım ederek "gerçek sağlığın" değişmez temsilcisi olmalıdır.

3- Şizofrenik hasta başlangıçta kendi terimleri ve davranışları ile kabul edilmeye ihtiyaç duyar. Bunlar anti-sosyal, çocuksu, utanmazca davranışlar ya da seksüel deneyler olabilir. Şizofrenik hasta kendinden nefret ettirerek çevresindeki insanları etkilemek isteyebilir. Hemşirenin toleransı bu davranışlar karşısında azalabilir. Ama hiçbir zaman bunların altında yatan nedenleri unutmadan, hastaya olumlu mesajlar vermelidir. Bu hastaları, stress içindeki bir insan veya yaramaz bir çocuk gibi görmeli ve kabul edilemez davranışlarını reddedilmişlik anlamı vermeden değiştirmeye çalışmalıdır.

4- Hasta, hemşireden ve diğer tedavi ekibinden sabır ve zor kullanmayı bekler. Hemşirenin hastaya uygula-

dığı her bir deneyim onda acı ya da travmatik duygular yaratmayacak bir biçimde güvenli bir ortamda uygulanmalıdır.

5- Hastalar, hastanede kalışlarının özellikle ilk dönemlerinde, sıcaklık ve arkadaşlığa ihtiyaç duymalarına karşın bir çekingenlik yaşarlar. Bu çekingenlik, diğer insanlara kapalı olma korkusuyla beraber kısmen de kendi öfkelerinin ve tahrip ediciliğinin korkusudur. Hemşire bu durumdaki bir hastaya arkadaşça yönelmeli ve tutarlı olmalıdır. Eğer ilgisini başlangıçta gösterip sonra kendini çekerse hastanın insan ilişkileri konusundaki korkuları sağlamlasacak ve hasta kırgın olacaktır.

6- Hastanın davranışları kısıtliken ve dış ortamla hiç ilgilenmezken bile hemşirenin bilinçli ya da bilinçsiz, onun davranışlarını engellediğini (ör: telefon görüşmesi isteği) hissederse, kendini daha fazla izole ederek tepki gösterebilir. Hemşirenin, en küçük aktivitenin sessiz bir tembellikten daha iyi olduğunu bilmesi gerekir.

7- Hasta hemşirede, çocuksu davranışlarını büyütebileceği tutarlı bir model bulmak ister. Hemşirenin her kimlik özelliği hastaya iyi bir ışık olabilir. Ayrıca hasta hemşirenin işini kopya edebilir, ona yardımcı olmak isteyebilir. Bu davranışlar hemşirenin sıcak onayı ile karşılanmalıdır.

8- Bazı kuşkucu ya da kötü davranışları olan hastalar çok yakın ilişki kurmak isteyebilirler. Hemşire bu gibi durumlarda fırsat yaratmayarak, dikkatle hastayı engellemelidir.

9- Yine hasta kendi kimliğine sahip çıkma ve onu koruma ihtiyacı duyar. Hemşire hastanın mümkünse kendi

giysilerini giymesine izin vermeli ve özel eşyalarını muhafazasında ona yardım ederek yol göstermeli, ona saygı duyduğunu göstermelidir (20).

Hasta, güvensizlikten çok güven duyduğu ve hemşireyi, onu reddetmeyen ve küçük görmeyen birisi olarak kabul ettiği zamana kadar büyük bir olasılıkla insanlararası ilişkilerin ürettiği anksieteyi tolere edemeyecektir. Hastanın kavramında hemşirenin güven veren bir insan olarak değişmesi kolay olmaz. Bu değişimde belki de en önemli etken, şizofrenik hastanın psikolojik ve fiziksel geri çekilme ihtiyaçlarına duygulu ve belirgin cevaplar vermesidir (11,15,20).

Görüldüğü gibi şizofren hastalarla çalışmak hemşire yönünden bazı özel beceri ve nitelikleri zorunlu kılmaktadır. Hastayı tüm sorunları ile birlikte bir bütün olarak ele alan, sorunlarını önem sırasına göre belirleyerek, çözüm için planlar yapan ve bu planların uygulamadaki sonuçlarını değerlendirmeyi hedefleyen bir hemşirelik yaklaşımı ile bu nitelikler pekişecek ve etkin bir bakım verilebilecektir.

MATERYAL VE METOD

Bu araştırma, 1986-87 yılları içinde, yaş ortalaması 31.55 olan ve yaş sınırları 16-47 arasında değişen, beş kadın ve beş erkek deney grubu, beş kadın ve beş erkek kontrol grubu olmak üzere toplam yirmi şizofren hasta ile, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Kliniği, psikoz servislerinde yapılmıştır. Araştırmaya alınan hastaların tanıları servis hekimleri tarafından belirlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı kadın ve erkek bölümleri kapalı birer servis olup, toplam 100 hasta kapasitesine sahiptir. Bu servislerdeki personel, hekim, hemşire ve hastabakıcılardan oluşur. Yine bu servislerde farmakolojik, somatik ve kısmen de bireysel tedaviler uygulanmaktadır. Haftada iki gün hastaları ziyaret serbesttir. Ziyaretler ayrı bir bölümde yapılır. Hastalar günün büyük bir bölümünü koridorda dolaşarak, odalarında yatarak veya yemekhanede televizyon izleyerek geçirirler. Servislerin genel görünümü koğuş niteliğinde olup bir koridorun etrafında oluşan dört kişilik odalardan ibarettir. Hastalar serbest kıyafetle dolaşabilirler ve iyi durumdaki hastalar hekimin onayı ile izne çıkabilirler. Hemşire ve doktor odası servisin içindedir. Toplam bir hemşireye 19-20 hasta düşer. Bu sayı nöbetlerde çok yükselerek tüm hastalar için bir yanda iki hemşireye inmektedir.

Deney ve kontrol grubuna alınan hastalarda yaş, cinsiyet, eğitim, hastalanma süresi hastanede yatma süresi ve uygulanan tedaviler bağımsız değişkenler olarak

kontrol altına alınarak, kur'a yöntemi ile deney ve kontrol grupları belirlenmiştir. Deney grubundaki hastalara hemşirelik süreci uygulanmış, kontrol grubuna ise bu uygulanmamıştır. Hemşirelik süreci, hizmet-içi eğitim programı dahilinde, "Psikiyatri hemşireliğinde süreç uygulaması" seminerine katılmış olan servis hemşirelerinin yardımıyla araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Mesai dışı zamanlarda servislerde kullanılmakta olan hasta gözlem ve bakım formları aracılığıyla nöbetçi hemşireler ile iletişim sağlanmıştır. Hastaların sorunlarının saptanması ve bakımı planlama aşamalarında gözlem, hasta dosyaları ve hastalara uygulanan psikolojik testlerden yararlanılmıştır. En çok kullanılan testlerden olan ve hastalardaki kişilik özelliklerini tanımaya yarayan Cornell Index ve Roschach testleri kullanılmıştır. Tedaviyi planlayan psikiyatr ile de işbirliği yapılarak iletişim sağlanmıştır.

Hastaların tümü, araştırmaya alındıktan sonra ilk üç gün ve araştırmanın bitimindeki son üç gün gözlenerek, davranış ve semptomlarındaki değişiklikleri değerlendirmek üzere "Macc Davranış Ölçeği" ve "Hemşire Değerlendirme Ölçeği" servis hemşireleri tarafından körlenmesine (deney ve kontrol grubundaki hastaların hangileri olduğunu bilmeden) uygulanmıştır. Yine iyileşme ve sosyal uyumlarındaki değişimleri değerlendirmek üzere araştırmanın sonunda "iyileşmeyi ve Sosyal Adaptasyonu Değerlendirme Ölçeği" körlenmesine servis hekimleri tarafından uygulanmıştır.

Macc Davranış Ölçeği, birçok araştırmada kullanılmış güvenilir bir ölçektir (6,40). "Macc Behavior Adjustment Scales" olarak geçen bu ölçek, 1962 yılında Robert B. Ellsworth tarafından geliştirilmiştir (6). Toplam 16 sorudan oluşur. Her soruda 5 seçenek vardır. Bu ölçekte, 1,5,9 ve 13. sorular hastanın mood'undaki, 2,6, 10 ve 14. sorular hastanın kooperasyon'undaki, 3,7,11 ve

15. sorular hastanın kominikasyonundaki ve 4,8,12 ve 16. sorular hastanın sosyal kantağındaki değişiklikleri ölçmektedir (Ek-1). Hastanın almış olduğu puanlar bir bütün olarak değerlendirilir. En yüksek puan 80'dir. Puanların 80'e doğru yükselmesi, hastanın giderek iyileştiniğini gösterir.

"Nurse's Observation Scales For Inpatient Evaluation" (NOSIE-30) olarak geçen "Hemşire Değerlendirme Ölçeği" hastalık semptomları ile ilgili 30 soruyu içeren bir ankettir. İlk defa Gilbert Honigfeld ve C.James Klett tarafından geliştirilmiştir (16). Birçok araştırmada kullanılan güvenilir bir ölçektir (40). Soruların yanıtları "yok", "arasıra", "bazen", "sık sık" ve "daima" şeklindedir. 4,8,9,15,17,19 ve 30. sorularda yok=4 puan, arasıra=3 puan, bazen=2 puan, sıksık=1 puan ve daima=0 puandır. Diğer sorularda ise, puanlar tam tersinedir. Hastanın aldığı puanların (0)'a doğru düşmesi hastanın semptomlarının giderek iyileştiniğini gösterir (Ek-2).

"İyileşmeyi ve Sosyal Adaptasyonu Değerlendirme Ölçeği" bugüne kadar birçok araştırmada kullanılan güvenilir bir ölçektir (19,40). "Halileyle", "Hafif düzelme", "Orta derecede düzelme", "İleri derecede düzelme" ve "Şifa" yı ölçen 6 bölümden oluşur. Puanlar 0 ile 5 arasındadır. Alınan puanların (0)'a doğru düşmesi hastanın daha iyi olduğunu gösterir (Ek-3).

Elde edilen değerler istatistiksel olarak t testi aracılığıyla İ.Ü. İstanbul Tıp Fakóltesi, Bilgi İşlem Biriminde bilgisayar yardımıyla bulunmuştur.

B U L G U L A R

Bu araştırma, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Psikoz Servislerinde yatan toplam 20 şizofren hasta üzerinde uygulanmıştır. Hastaların 10 tanesi deney, 10 tanesi kontrol grubuna alınmıştır. Deneyimsel olarak gerçekleştirilen bu çalışmada deney grubuna alınan hastalara hemşirelik süreci uygulanmış, kontrol grubuna ise uygulanmamıştır. Sonuçta, hemşirelik süreci uygulanan hastaların davranış, semptom, iyileşme ve sosyal uyumlarındaki değişimler araştırılmıştır.

Araştırmaya alınan hastaların özelliklerine baktığımızda elde edilen bulgular şunlardır.

Tablo-1. Cinsiyet.

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
1. Kadın	5	50.0	5	50.0
2. Erkek	5	50.0	5	50.0
TOPLAM	10	100	10	100

Araştırmada, "Hemşirelik Süreci" bağımsız değişken olarak ele alınırken, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim, hastalanma süresi ve hastanede yatma süreleri de çalışmayı etkileyen diğer değişkenler olarak dikkate alınmış ve mümkün olduğunca benzer hastalar seçilmeye çalışılırken eşlenmiş grup tekniği kullanılmıştır.

Tablo-2. Yaş

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
1. 15-25 yaş	3	30.0	3	30.0
2. 26-35 yaş	4	40.0	2	20.0
3. 36-45 yaş	2	20.0	3	30.0
4. 46 ve üstü	1	10.0	2	20.0
TOPLAM	10	100	10	100

Tablo-3. Eğitim Durumu

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
1. Yüksek okul	2	20.0	4	40.0
2. Orta-Lise	7	70.0	1	10.0
3. İlk okul	1	10.0	5	50.0
4. Okur-yazar	-	-	-	-
TOPLAM	10	100	10	100

Tablo-4. Hastalanma süresi

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
1. 0 ile 1 yıl	3	30.0	3	30.0
2. 1 ile 5 yıl	1	10.0	3	30.0
3. 5 yıl ve üstü	6	60.0	4	40.0
TOPLAM	10	100	10	100

Tablo-5. Hastanede Yatma Süreleri

	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
1. 1 ile 3 ay	5	50.0	5	50.0
2. 4 ile 6 ay	3	30.0	2	20.0
3. 7 ay ve üstü	2	20.0	3	30.0
TOPLAM	10	100	10	100

Çalışmanın ilk bölümünde tüm hastalara, "Macc Davranış Ölçeği" ve "Hemşire Değerlendirme Ölçeği", deney öncesi ve sonrası toplam iki defa, "İyileşmeyi ve Sosyal Adaptasyonu Değerlendirme Ölçeği" çalışmanın sonunda bir defa, gözlem yoluyla uygulanmıştır.

Macc Davranış ve Hemşire Değerlendirme Ölçeğinden, tüm hastaların almış oldukları puanlar karşılaştırılarak anlamlılık ilişkisi aranmıştır. Tablo-6,7,8 ve 9'da görüldüğü gibidir.

Daha sonra bütün ölçeklerden deney öncesi ve sonrası elde edilen puan farkları, İyileşmeyi ve Sosyal Adaptasyonu Değerlendirme Ölçeğinden ise elde edilen puanlar, deney ve kontrol grupları arasında karşılaştırılmıştır. Tablo 10 ve 11'de görüldüğü gibidir.

Elde edilen bulgular ayrıca, tüm deney ve kontrol gruplarında, ayrı ayrı yaş, cinsiyet, eğitim, hastalanma süresi ve hastanede yatış süreleri göz önüne alınarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen tüm bulgular istatistiksel olarak t testi aracılığıyla hesaplanmıştır.

Tablo-6. Kadın servisinde yatan hastaların "Macc Davranış Ölçeğinden" aldıkları puanların karşılaştırılması.

	Hemşirelik Süreci Uygulanmadan Önce Macc Puanları		Hemşirelik Süreci Uygulandıktan Sonra Macc Puanları	
	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu
Ortalama	31	37	57.8	42.2
Sd	4.58	11.64	6.38	11.82
t			12.88	2.50
P			P<0.001	P>0.05

Tablo 6'da görüldüğü gibi deney grubu hastaların Macc Davranış Ölçeğinden aldıkları puan farkları ileri derecede anlamlı, kontrol grubunda anlamsız bulunmuştur.

Tablo-7. Erkek servisinde yatan hastaların "Macc Davranış Ölçeğinden" aldıkları puanların karşılaştırılması.

	Hemşirelik Süreci Uygulanmadan Önce Macc Puanları		Hemşirelik Süreci Uygulandıktan Sonra Macc Puanları	
	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu
Ortalama	33	35.2	59.2	42.6
Sd	7.11	8.90	3.27	8.90
t			11.58	3.76
P			P<0.001	P<0.05

Tablo 7'de görüldüğü gibi deney grubu hastalarının Macc Davranış Ölçeğinden aldıkları puan farkları çok ileri derecede anlamlı, kontrol grubunda ise anlamlı bulunmuştur.

Tablo-8. Kadın servisinde yatan hastaların "Hemşire Değerlendirme Ölçeğinden" aldıkları Puan Farklarının Karşılaştırılması.

	Hemşirelik Süreci Uygulanmadan Önce Hemşire Değ. Ölçeği Puanları		Hemşirelik Süreci Uygulandıktan Sonra Hemşire Değ. Ölçeği Puanları	
	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu
Ortalama	86.2	72.2	31	44.4
Sd	7.19	12.2	5.34	11.72
t			27.18	9.36
P			P<0.001	P<0.001

Tablo 8'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubu hastalarının Hemşire Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları puan farkları ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

Tablo-9. Erkek servisinde yatan hastaların "Hemşire Değerlendirme Ölçeğinden" aldıkları puan farklarının karşılaştırılması.

	Hemşirelik Süreci Uygulanmadan Önce Hemşire Değ. Ölçeği Puanları		Hemşirelik Süreci Uygulandıktan Sonra Hemşire Değ. Ölçeği Puanları	
	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu
Ortalama	81.6	71.4	24.8	46
Sd	15.26	21.60	10.64	26.67
t			9.11	7.65
P			P<0.001	P<0.01

Tablo 9'da görüldüğü gibi deney grubu hastaların Hemşire Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları puanlar ileri derecede anlamlı, kontrol grubunda ise anlamlı bulunmuştur.

Tablo-10. Kadın servisinde yatan hastaların davranış, semptom ve sosyal adaptasyonu değerlendiren ölçeklerden aldıkları puan farklarının deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılması.

	Hemşirelik Süreci Uygulanmadan Önce ve Hemşirelik Süreci Uygulandıktan Sonra					
	Macc Davranış Ölçeğinden Alınan Puan Farkları		Hemşire Değerlendirme Ölçeğinden Alınan Puan Farkları		İyileşmeyi ve Sosyal Adaptasyonu Deg. Ölçeğinden Alınan Puanlar	
	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu
Ortalama	26.8	5.2	55.2	27.8	2.8	4
Sd	4.66	4.66	4.55	6.65	0.45	0.71
t	7.33		7.61		3.21	
P	P<0.001		P<0.001		P<0.05	

Tablo-11. Erkek servisinde yatan hastaların davranış, semptom ve adaptasyonu değerlendirilen ölçeklerden aldıkları puan farklarının deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılması.

		Hemşirelik Süreci Uygulanmadan Önce Hemşirelik Süreci Uygulandıktan Sonra					
		Macc Davranış Ölçeğinden Alınan Puan Farkları		Hemşire Değerlendirme Ölçeğinden Alınan Puan Farkları		İyileşmeyi ve Sosyal Adaptasyonu Deg. Ölçeğinden Alınan Puanlar	
		Deney Grubu	Kontrol Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Deney Grubu	Kontrol Grubu
Ortalama		26.2	7.4	56.8	25.4	2.2	4
Sd		5.07	4.39	13.97	7.44	0.45	1
t		6.27		4.44		3.67	
P		P<0.001		P<0.01		P<0.01	

Tablo 10 ve 11'de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubu hastaların Macc Davranış Ölçeğinden almış oldukları puanlar ileri derecede anlamlı, Hemşire Değerlendirme Ölçeğinden yine deney ve kontrol grubu hastaların aldıkları puanlar ileri derecede anlamlı, İyileşmeyi ve Sosyal Adaptasyonu Değerlendirme Ölçeğinden deney ve kontrol grubundaki puanlar ise anlamlı bulunmuştur.

T A R T I Ő M A

Psikiyatri hastasında hemşirelik bakımının amacı, tedavi edici ilişki kurarak onda, uyumlu bir yaşam sũrdũrebilmesi için gerekli olan potansiyelin ortaya çıkarılarak, gũçlendirilmesine yardımcı olmaktır. Psikiyatrik sorunları olan hastanın bu potansiyele ulaŐabilmesi için, diğer sağlıklı insanlardan daha fazla desteğe, daha fazla doyuma, daha fazla ilgiye gereksinimi vardır. Hemşirenin hasta ile bŕyle bir iletişim kurabilmesi, bu konuda profesyonel olmasına ve bu tũr hastalar için gerekli bakım stratejilerini saptayabilmesine bağlıdır.

Dũnyada ve ũlkemizde psikiyatri hemşireliğinin, hastanın tedavi ve bakımında daha etkin bir konuma sahip olabilmesi için çeşitli araştırmalar yapılmaktadır (7,8, 9,12,18,26). Özellikle 1960'lardan sonra, hemşirelik hizmetlerinin, hemşirelik sũreci yŕntemine gŕre yapılması gereğinin ortaya atılması, psikiyatri hemşireliğindeki, hastayı gŕzleme, sorunlarını saptayarak onlara doğru ŕzũmler getirebilme ve bunları değerlendirebilme fonksiyonlarında, bilimsel yaklaşımları dođurmuŐtur.

Psikiyatrik hastalıklar arasında Önemli bir yeri olan ve insanlararası ilişkilerde oldukça fazla kopuŐ ile kendini gŕsteren Şizofren hastalar için, hemşirelik sũreci ıŐıđında verilen bakımın Önemi kũũmsenemez. Sũre, tedavi edici ilişkinin oluŐumunda Önemli bir etkindir. Tedavi edici ilişki, kişinin hasta ise iyileŐmesinde, değilse, sağlığının devamı ve geliŐmesinde etkin,

doyumlu ilişkilerin kurulabilmesinde yararlı ve yapıcı eylemleri saptayan bir ilişki olmalıdır. Bu ilişkide ya hemşire hastaya ilgi duyar ya da ikisi birbirine saygı duyabilir. İlgi ve saygının oluşabilmesi için hemşirenin, neyi, nasıl ve niçin yapacağını bilmesi gerekir. Hemşirelik süreci, şizofren hastalarla nasıl bir ilişki kurulacağını, onları anlamada hangi yaklaşımları kullanmak gerektiğini gösteren önemli bir yöntemdir.

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi psikiyatri kliniği psikoz servisinde deneyimsel olarak gerçekleştirilen bu çalışmada, bir grup şizofren hasta, deney ve kontrol gruplarına ayrılarak, deney grubuna hemşirelik süreci uygulanmış, kontrol grubuna ise uygulanmamıştır. Hastaların, davranışlarındaki, semptomlarındaki, iyileşme ve sosyal uyumlarındaki değişimler bağımlı değişken olarak ele alınarak, hemşirelik süreci uygulanan hastalarda bu değişimlerin daha anlamlı olacağı varsayılmıştır. Elde edilen sonuçlar, istatistiksel olarak değerlendirilerek çeşitli literatürlerin ışığı altında tartışılmıştır.

Araştırmada, deney grubunda ve kontrol grubundaki hastaların %50'si kadın, %50'si ise erkektir. Deney grubunda, hastaların çoğunluğu (%40) 26-35 yaş arasında iken kontrol grubunda çoğunluk (%30) 15-25 ve 36-45 yaş arasındadır. Yine deney grubundaki hastaların %70'i orta-lise iken, kontrol grubunda ise çoğunluk (%50) ilkokul mezunudur. Gerek deney gerekse kontrol grubunda hastaların hastalanma süresi çoğunlukla 3.5 yıl ve üstünde, hastanede yatma sürelerine bakıldığında ise çoğunluğun (%50) 1 ile 3 ay arası olduğu görülmektedir.

Tablo 6 ve 7'de görüldüğü gibi kadın ve erkek hastalarda Macc Davranış Ölçeğinden alınan puanlara bakıldığında, Hemşirelik Süreci uygulanmadan önce ve uygulandı-

tan sonra deney grubundaki kadın ve erkek hastalarda istatistiksel değerlendirmenin ileri derecede anlamlı ($P<0,001$) olduğu saptanırken, kontrol grubunda erkek hastalarda bu değer anlamlı çıkarken ($P<0,05$) kadın hastalarda anlamsız olarak ($P>0,05$) saptanmıştır.

Bu durum bize Hemşirelik Süreci uygulamasının etkinliğini ortaya koymaktadır. Kontrol grubundaki erkek hastalarda sonuçların ileri derecede olmasa da anlamlı olmasını ve kadın hastalarda anlamsız olmasını, kadın hastaların başlangıçtaki Macc Davranış puanlarının yüksek olması nedeniyle aradaki farkın az görünmesine bağlayabiliriz.

Tablo 3 ve 9'a bakıldığında Hemşirelik Süreci uygulamadan önce ve Hemşirelik Süreci uygulandıktan sonra Hemşire Değerlendirme Ölçeğinden deney grubundan elde edilen sonuçlara bakıldığında ileri derecede bir anlamlılık bulunmuştur ($P<0,001$). Kontrol grubundaki kadın hastalarda bu değer aynı, yani ($P<0,001$) olmasına rağmen erkek hastalarda ($P<0,01$) olarak saptanmıştır. Elde edilen sonuçlar Hemşirelik Süreci uygulamasının deney grubundaki hastalar üzerinde kontrol grubuna göre daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Kontrol grubundaki kadın hastalarda eşdeğer bir anlamlılığın çıkması kadın hastaların hemşirelerle hemsins olmalarına ve daha yakın ilişki kurabilmelerine bağlanabilir. Bu düşüncemizi Pelletier'in "Nurse psychotherapists: whom do they treat?" konulu çalışmasında hastaların ve hemşirelerin kadın olmalarının ilişkiyi kolaylaştırıcı bir etken olduğu şeklindeki bulgusu desteklemektedir (27).

Tablo 10 ve 11'e bakıldığında Hemşirelik Süreci uygulanmadan önce ve uygulanmadan sonra Macc Davranış Ölçeğinden alınan puan farklarına bakıldığında deney ve kontrol grubu arasında ileri derecede bir anlamlılık saptan-

mıştır ($P < 0,001$). Yine Hemşirelik Süreci uygulanmadan ve uygulandıktan sonra Hemşire Değerlendirme Ölçeğinden elde edilen puan farklarına bakıldığında deney ve kontrol grupları arasında ileri derecede ($P < 0,01$) bir anlamlılık saptanmıştır. İyileşme ve Sosyal Adaptasyonu Değerlendirme Ölçeğinden alınan puan farklarına bakıldığında deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir ($P < 0,05$ ve $P < 0,01$).

Elde edilen bu sonuçlardan hemşirelik süreci uygulamasının, hastaların daha çabuk iyileşmeleri üzerinde olumlu etkilerinin var olduğu görüşüne bizi götürmekte ve bu sonuç, varsayımımızı doğrulamaktadır.

Yazar'ın, "Psikiyatri hemşireliğinde süreç uygulamasının öğrenci motivasyonu üzerindeki etkileri" konulu araştırmasında, hemşirelik süreci uygulanan psikiyatri hastasında iyileşmek üzere daha fazla motivasyon oluştuğunu saptaması bu görüşümüzü desteklemektedir (41).

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde, Bayülkem ve arkadaşlarının bir grup şizofren hasta üzerinde yapılan "Psikiyatrik rehabilitasyon tedavisinde elde edilen sonuçlar" konulu araştırmada, iyileşmelerinden ümit kesilmiş, taburculuk imkanı kalmamış, adeta birer ruh sakatı haline gelmiş hastaların bile gereği kadar ilgi gösterildiği zaman kısmende olsa adaptasyon ve reensorsiyon sağladıklarını gözlediklerini belirtmeleri (6); Blair'in ise "Behaviour modification in nursing practice and research:a case study" konulu araştırmasında şizofreniklerin bağımlı davranışlarının artmasının ve yanlış desteğin, hastalığın ilerlemesine ve kısır döngü içine girmesine yol açtığını belirterek, bilinçli bir hemşirelik yaklaşımının, bu hastaların iyileşmelerinde çok önemli rol oynadığını söylemesi (7); yine Leonard'ın "Patient attitudes toward nursing interventions" konulu araştırmasında, hemşirelerin aktif olduğu ve ortamın tedavi edici olduğu kliniklerde bulunan

hastaların diğetine oranla tedaviye karşı daha olumlu bir tutum içinde olduklarını belirtmesi (40), bulgularımızı ve görüşümüzü kuvvetle desteklemektedir.

Gerek deney ve gerekse kontrol grubu üzerinde gerçekleştirilen bu çalışmada yaş, eğitim hastalanma süresi ve hastanede yatış süresi gibi değişkenler dikkate alındığında, anlamlı sonuçlar elde edilememiştir. Bunun da, hastaların bunlara bağlı olmadan hemşirelik sürecinden yararlandıklarını gösterdiğini söyleyebiliriz.

Bugün psikotik hastaların en ağırlarından biri olarak kabul edilen şizofrenik hastaların hemşirelik sürecinden olumlu yönde yararlanmaları, psikiyatri hemşiresinin, bu hastalara yaklaşımındaki rolünü ve önemini ortaya koymaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hasta-hemşire ilişkisi, hemşirenin, hastanın bedensel, toplumsal ve duygusal sağlığına yararlı olacak biçimde mesleksel bilgi ve becerilerini uygulama rolünü gerçekleştirdiği bir etkileşimdir. Genellikle bu ilişki sırasında karşılıklı ilgi, anlayış ve saygı doğar (15,22).

Yapılan bu çalışmada hemşirelik süreci uygulamasının:

- Hasta-hemşire ilişkisinde çok önemli bir işlevi olduğu saptanmıştır.

- Şizofren hastaların iyileşmek üzere daha fazla motive olmalarında ve hemşireye daha fazla güven duyabilmelerinde etkisi olduğu gözlenmiştir.

- Önemli olan bir nokta da, kurulmaya çalışılan profesyonel hasta-hemşire ilişkisi, hastanın hemşireyi, ona güven ve sevgi verebilen bir anne modeli gibi görerek tedavi edici ilişkide daha rahat olmalarını sağlamıştır.

- Yine bu hastaların servis içi davranışlarındaki bozukluklarda ve hastaneye yatmalarına neden olan semptomlarındaki düzelmelere önemli katkıları olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar çerçevesinde, hemşirelik hizmetlerinin, psikiyatri hastasının tedavi ve bakımında etkin bir role

sahip olması için, hemşirelik süreci yönteminin, şizofreni ve diğer akıl hastalarının bakımında kullanılması; bunun için gerekli olanakların sağlanması ve psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin değişik düzeyde eğitim aldıkları göz önüne alınarak, bu yönde eğitilmeleri; bu konuda daha ileri deneysel çalışmaların yapılması önerilir.



Ö Z E T

I.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Kliniği, Psikoz Servisinde yatmakta olan 10 deney 10 kontrol toplam 20 şizofren hasta üzerinde yapılan bu araştırmada, hemşirelik süreci uygulanan hastaların, davranış, semptom, iyileşme ve sosyal uyumlarındaki değişimler ile hemşirelik süreci uygulanmayan hastaların, davranış, semptom, iyileşme ve sosyal uyumlarındaki değişimler araştırılmıştır.

Elde edilen sonuçlar, hemşirelik süreci uygulanan hastaların, hemşirelik süreci uygulanmayan hastalara göre daha fazla düzeldiklerini göstermiştir.

S U M M A R Y

In this study, performed at the Psychiatry Department of Istanbul Faculty of Medicine, University of Istanbul, 20 schizophrenic inpatients observed, 10 inpatient were subjected to nursing process and the other 10 were control. The changes in the behaviour, semptom, recovery and social adaption were observed.

The results obtained from the group which was subjected to the nursing process were signiticantly better than the control group.

K A Y N A K L A R

1. Arieti, S.: Interpretation of Schizophrenia, Bruner Publication, New York, 1955.
2. Arieti, S.: American Handbook of Psciatry, Basic Books, New York, 1955.
3. Artonaç, O.: Şizofreni, Matbaa Meslek Lisesi, İstanbul, 1976.
4. Babadağ, K.: Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bülteni, 1:13, 1981.
5. Bauer, M., Bosch, G., Freyberger, H.: Psikiyatri, Psikosomatik-Psikoterapi, Sermet Matbaası, Vize, 1985.
6. Bayülkem, F., Biselman, T., Geray, G.: Bir grup şizofren hasta üzerinde yapılan psikiyatrik rehabilitasyon tedavisinden elde edilen sonuçlar, VIII. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Marmaris, 1972.
7. Blair, C.: Behaviour modifikation in nursing practice and Research: a Case Study, Journal of Advensed Nursing, 10:165, 1985.
8. Chater, S.: Hemşirelikte Araştırma, Çeviri: Ç. Pektekin, İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, İstanbul, 1978.

9. Cohen, C.L.: Schizophrenia and Work, Hospital Community Psychiatry, 10:1040, 1984.
10. Çakmak, Y.: Şizofreni ve Adli Tıp Sorunları, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, 1975 (Uzmanlık Tezi).
11. Doğan, S., Terakye, G.: Psikiyatri hemşireliğinde klinik öğretim, I. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Simpozyumu, İstanbul, 1986.
12. Evans, A., Clara, A., Eugene, B.: Effect of word used on schizophrenia patients, Nursing Research, 17:6, 1968.
13. Geçtan, E.: Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar, Maya Matbaası, 3. Baskı, Ankara, 1984.
14. Görgülü, S.: Hemşirelik süreci sistemi, Türk Hemşireler Dergisi, 4:42, Ankara, 1984.
15. Hofling, C.K., Leninger, M.M.: Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar, Çeviren: A. Kumral, Koç Vakfı, İstanbul, 1981.
16. Honigfeld, G., Klett, C.J.: The nurses observation scale for inpatient evaluation, Journal of Clinical Psychology, 1:66, 1965.
17. İlal-Koptagal, G.: Şizofreni psikoterapisinde gerçekliğin rolü, Nöro-Psikiyatri Arşivi, 146, 1981.
18. Kahn, E.M.: Psychoterapy with cronic schizophrenics, Journal Psychosoc Nurse, 22:20, 1984.
19. Köknel, Ö.: Şizofrenide tedavi taktiği, Tıp Dünyası, 12:463, 1968.

20. Maddison, D., Day, P., Leabeater, B.: Psychiatric Nursing, 4 th Ed., Edinburg London New York, 1975.
21. Martin, F.: The Nursing Procces in Psychiatric, Çeviri: Ç. Pektekin, Yayınlanmamış, Teksir Notu, İstanbul 1983.
22. Özcan, A.: Psikiyatri hemşireliği nedir? Türk Hemşireler Dergisi, 3:26, 1975.
23. Öztürk, O.: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Metasan, Ankara, 1983.
24. Peker, G.: Şizofrenide Entellektüel Yıkım, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İstanbul, 1970 (İhtisas Tezi).
25. Pektekin, Ç.: Şizofreni hastaları ile çalışırken karşılıklı ilişkilere rehber olacak dört-A, Türk Hemşireler Dergisi, 2:34, 1977.
26. Pektekin, Ç., Güler, K., Coşkun, A.: Hemşirelikte Araştırma Semineri, İstanbul Tıp Fakültesi Basımevi, İstanbul, 1981.
27. Pelltier, L.R.:Nurse psychotherapists whom do they treat?, Hospital Comminity Psychiatry, 11:1149,1984.
28. Reichmann, F.F.: Psychotherapy of schizophrenia, The American Psychiatric Assocation, 1954.
29. Sabuncu, N.: Şizofrenik düşüncenin gelişimi, Hemşirelik Bülteni, 1:13, İstanbul, 1987.
30. Sechaye, M.A.: Bir Şizofren Kızın Güncesi, Çeviri: Z. Bayramoğlu, Gül Matbaası, İstanbul, 1986.

31. Sencer, Y., Sencer, M.: Toplumsal Araştırmalarda Yöntembilim, Doğan Basımevi, 1981.
32. Songar, A.: Şizofreni Simpozyumu, 1977.
33. Velioglu, P.:Kadın hakları ve hemşirelik, Türk Hemşireler Dergisi, 1:20, 1979.
34. Velioglu, P.: Hemşirelikte Bilimselleşmeye Doğru, Bozok Matbaası, İstanbul, 1985.
35. Velioglu, P., Kum, E.: Hemşirelikte işlevler standartlar nitelikler, Türk Hemşireler Dergisi, 3:3,1980.
36. Velioglu, S.: Prepsikotik Aşamadan Psikoza Şizofrenik Süreç, Kalem Matbaası, 1978.
37. Wing, J.K.: Social Treatment Rehabilitation and Management Recent Development in Schizophrenia, 1969.
38. Yalom, İ.D.: İpatient Group Psychotherapy, Basic Books, New York, 1983.
39. Yavuz, G.: Hemşirelik uygulamasında grup psikoterapisi, Türk Hemşireler Dergisi, 4:23, 1977.
40. Yazar, J.: Psikiyatrik Ortamın Hastaların İyileşmeleri Üzerindeki Etkileri, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakütlesi, 1983 (Doktora Tezi).
41. Yazar, J.: Psikiyatri Hemşireliğinde Süreç Uygulamasının Öğrenci ve Hasta Motivasyonu Üzerindeki Etkileri, I. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Simpozyumu, İstanbul, 1986.

MACC DAVRANIŞ SKALASI

- I. Halinden memnun mu? Hiç bir zaman tedirgin ve hırçın hali görülmez mi?
1. Genel olarak çok hırçın,
 2. Pek sıklıkla tedirgin,
 3. Bazen halinden memnun,
 4. Çok sıklıkla halinden memnun,
 5. Daima halinden memnun,
- II. Genel olarak çevre ile ilişki kurar mı? Kendinden istenileni yapar mı?
1. Hemen hiçbir zaman ilişki kurmuyor,
 2. Çok sık olarak direniyor,
 3. Oldukça sık olarak direniyor,
 4. Çok defa istenileni yapıyor,
 5. Her zaman istenileni yapıyor,
- III. Karşılıklı olarak makul konuşuyor mu? Konuştuğu kadar da dinliyor mu? Suallere sadece kısa cevaplar vermeyip karşılıklı konuşma yapıyor mu?
1. Hiç bir zaman konuşmuyor,
 2. Bazen karşılıklı konuşma yapıyor,
 3. Oldukça sık olarak karşılıklı konuşma yapıyor,
 4. Genel olarak her zaman karşılıklı konuşma yapıyor,
 5. Hemen her zaman dinliyor ve gerçeğe uygun olarak konuşuyor,
- IV. Ne kadar arkadaşı var? Konuştuğu, birlikte vakit geçirdiği, beraber olmak istediği hastalar var mı?
1. Hiç arkadaşı yok. Diğer kişilere karşı tutumu çok düşmanca veya her zaman kendi başına kalıyor,
 2. Diğer bir hasta yaklaştığı zaman ilgi gösteriyor, fakat onlarla çok sık konuşuyor.

EK-1 (Devamı)

3. Genel olarak diğer hastalarla ilgi kurmaya çalışıyor, fakat sosyal olarak pasif,
4. Beraber vakit geçirdiği bir-iki arkadaşı var,
5. Vaktinin büyük bir kısmını diğer arkadaşları ile birlikte geçiriyor,

V. Asık suratlı mı?

1. Her zaman asık suratlı,
2. Sıklıkla asık suratlı,
3. Bazen asık suratlı,
4. Seyrek olarak asık suratlı,
5. Her zaman halinden memnun,

VI. Mukavemet ediyor mu veya mukavemet eder gibi görülüyor mu?

1. Çok fazla direniyor,
2. Oldukça sık direniyor,
3. Bazen direniyor,
4. Seyrek olarak direniyor,
5. Hiç bir zaman direnmiyor,

VII. Sual sorulduğu zaman anlaşılır şekildedemi cevap veriyor ve anlaşılır kelimeler kullanıyor mu?

1. Hiç konuşmuyor, söylediği anlaşılmıyor (kelime saltatması)
2. Pek anlamlı olmayan cevaplar veriyor,
3. Çok defa makul cevaplar veriyor,
4. Cevapları genel olarak makul,
5. Cevaplar hemen her zaman makul,

VIII. Diğer hastalarla kolaylıkla konuşmaya girebiliyor mu?

1. Yaklaşıldığı zaman bile diğer hastalara seyrek olarak birşeyler söyler,
2. Ancak yaklaşıldığı zaman başkaları ile konuşur,
3. Diğer hastalarla konuşur. Ancak konuşmanın devamı onlara bağlı,

EK-1 (Devamı)

4. Kolaylıkla konuşmaya giriyor, konuşmanın seyrini kendi yürütebiliyor,
5. Çeşitli hastalarla konuşabiliyor ve çok defa kendisi söz açıyor.

IX. Hayata küskün mü?

1. Daima hayata küskün,
2. Genel olarak küskün,
3. Bazen küskün,
4. Seyrek olarak küskün,
5. Hiç bir zaman küskün değil.

X. Kendisinden bir şey yapması beklenildiği zaman, bu işi, ona nasıl ve ne zaman yapılması gerektiği söylenmeden kendiliğinden yapabiliyor mu? Yönetilmesi ve teşvik edilmesi gerekli mi?

1. Hiç inisiyatif yok,
2. Ara sıra kendi başına harekete geçebiliyor,
3. Oldukça sık olarak kendiliğinden harekete geçebiliyor,
4. Genel olarak inisiyatif gösteriyor,
5. Hemen her zaman kendiliğinden harekete geçiyor.

XI. İlişki kurulabilir mi? Nüfuz edilmesi kolay mı? Konuşurken sizi anlar mı?

1. Hiç kurulamaz,
2. Ara sıra ilişki kabul,
3. Sık olarak ilişki kabul,
4. Hemen her zaman anlaşılabilir,
5. Her zaman kolay olarak konuşur.

XII. Vaktini yalnız mı geçirir?

1. Her zaman yalnız, diğerlerine dikkat etmez,

EK-1 (Devamı)

2. Her zaman yalnız, fakat etrafta olan bitenden haberdar, seyrek olarak çevredeki faaliyete iştirak ediyor,
3. Çekingen, fakat yaklaşıldığı zaman faaliyete katılması sağlanabilir,
4. Genel olarak çağrıldığı zaman faaliyete katılabilir,
5. Diğer hastalarla birlikte faaliyet gösterebiliyor.

XIII. Öfkeli ve düşmanca davranışları varmı?

1. Her zaman öfkeli,
2. Genel olarak öfkeli,
3. Bazen dostça,
4. Genel olarak dostça,
5. Her zaman dostça.

XIV. Ona her hangi bir iş verildiği zaman, yeni bir talimat vermeden işte sebat edebiliyor mu? Yapamıyorsa zihnî bir meşguliyeti ve dalgınlığı var mı?

1. Hemen her zaman çabucak zihni meşgul oluyor ve dalgınlıyor,
2. Seyrek olarak sebat ediyor,
3. İşlerine oldukça uzun bir süre devam edebiliyor,
4. Genel olarak sebat ediyor,
5. Hemen her zaman tam olarak sebat ediyor ve işini bitiriyor.

XV. Kendine iki-üç kere açıklamaya lüzum kalmadan söylenenleri anlar mı? Sadece pasif olarak dinlemek ve dikkat etmekle kalmayıp istenileni kolayca anlayıp yapabilir mi?

1. Hiç bir zaman gerçek olarak anlamıyor,
2. Uzun açıklamalardan sonra bir kısmını anlıyor,
3. Bir-iki açıklamadan sonra anlıyor,
4. Genel olarak oldukça kolay anlıyor,
5. Konuşulduğu zaman kendisine söylenileni hemen anlıyor.

EK-1 (Devamı)

VI. Koğuşun diğer kişilerini iyi olarak tanıyor mu?

1. Hastaların hiç birini ismi ile tanıyamıyor,
2. Her hangi bir hastanın ismi geçince kastedilen şahsı tanıyor,
3. Bir hastanın ismi geçince kim olduğunu biliyor,
4. Personelin büyük bir kısmını tanıyor ve isimleri ile çağırıyor,
5. Personelin ve hastaların büyük bir kısmını tanıyor ve isimleri ile çağırıyor.

Mood	Cooperation	Communication	Social Contact	Total
1	2	3	4	
5	6	7	8	
9	10	11	12	
13	14	15	16	
Son.	+	+	+ =	

HEMŞİRE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

	Yok	Arasıra	Bazen	Sık sık	Daima
1. Perişanlık, dağınıklık					
2. Sabırsızlık					
3. Ağlama					
4. Çevre faaliyeti ile ilgi					
5. Hareket ettirene kadar oturuyor					
6. Kolayca rahatsız oluyor veya kızıyor					
7. Mevcut olmayan sesler duyuyor					
8. Üstünü başını temiz tutuyor					
9. Başkaları ile dostluk kurabiliyor					
10. Herhangi bir şey karşısında kolayca ruhi dengesi bozuluyor					
11. Kendisinden beklenen alelade şeyleri yapmayı red ediyor					
12. Sinirli, alıngan ve hırçın					
13. Hatırlamakta sıkıntı çekiyor					
14. Konuşmayı reddediyor					
15. Komik olaylara ve yorumlara gülüyor yada gülümsüyor					
16. Alışıl gelmiş yemek yiyişi pis					

EK-2 (Devamı)

	Yok	Arasına	Bazen	Sık sık	Daima
17. Diğerleri ile sohbet ediyor					
18. Kendini kederli ve düşkün hissettiğini söylüyor					
19. İlgilendiği konularda konuşuyor					
20. Mevcut olmayan şeyler görüyor					
21. Yapacağı şey hatırlatılmalıdır					
22. Dışardan uyarılınca kadar uyuyor					
23. İyi olmadığını söylüyor					
24. Hastanede günlük işler için ikaz gerekiyor					
25. Basit görevleri tamamlamakta güçlük çekiyor					
26. Kendi kendine konuşuyor ve mırıldanıyor					
27. Yavaş ve tembel hareket ediyor					
28. Belirli bir sebep olmaksızın kendi kendine gülüyor ve gülmüşüyor					
29. Zorluk karşısında bir şeyden çabuk bıkıyor					
30. Kendini temiz tutuyor					

İYİLEŞMEYİ VE SOSYAL ADAPTASYONU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Şifa: Çok iyi, Tam toplumsal uyum (0 puan)

1. Belirtilerin hemen bütünüyle silinmesi.
2. Tam iyileşme
3. Geri kalan belirtilerin çok az ve silik olması
4. Hastaneden çıkma ve çevreye dönme olanağı
5. Eskisi gibi çalışabilme.

Tedaviden sonra, beş senelik süre içinde, ailesine, çevresine ve iş hayatına tam uyum gösterebilen ve bu süre içinde sürdürme tedavisi gerekmeyen vakalar için kullanılmıştır.

Düzelme: Çok iyi, Tam iyileşme; Tam toplumsal uyum (1 puan)

1. Belirtilerin hemen bütünüyle silinmesi
2. Tam iyileşme
3. Geri kalan belirtilerin çok az ve silik olması
4. Hastaneden çıkma ve çevreye dönme olanağı
5. Ayaktan sürdürülen tedavi ve denetim
6. Yeni bir çevreye uyum sağlayabilme.

Tedavi sonucu aile, çevre, iş hayatına uyum kazanır. Bu uyum sürelidir. Beş seneyi geçerse şifa sayılabilir.

İleri derecede iyileşme: İyileşme; Tam toplumsal uyum (2 puan)

1. Ana belirtiler belirli ölçüde azalmıştır.
2. Hasta ve çevre, kalan belirtilerden fazlası ile etkilenmektedir.
3. Hastaneden çıkma olanağı vardır.
4. Çıktıktan sonra, uzunca bir süre, ilaç tedavisi ve denetim gereklidir.

EK-3 (Devamı)

5. Çalışma gücü sınırlıdır.
6. Ev, çevre, iş hayatına anlayış ve yardımla uyabilir.
7. Hastalık öncesi yeteneklerinden biraz daha az ve alt düzeyde çalışabilir.

Orta derecede iyileşme: Sınırlı iyileşme: Sınırlı toplumsal uyum (3 puan)

1. Önemli belirtiler, ancak belirli bir oranda azalmıştır.
2. Hastaneden çıkma olanağı ruh hastalıkları uzmanı yada sosyal asistanın uzun süre denetimi ve devamlı tedavisi altında kalmak koşuluyla olabilir.
3. Aile ve çevreye ancak devamlı yardım ve anlayışla uyabilir.
4. Çalışma gücü sınırlı olarak vardır. Hastalık öncesi iş hayatına yardımlada olsa uyamazlar.
5. Uğraşı tedavisi gereklidir.
6. Devamlı olarak aile yanında ya da bir kuruluştaki kalmaları gereklidir.

Hafif düzelme: Çok az toplumsal uyum (4 puan)

1. Belirtilerde gelişigüzel azalma olur.
2. Hastaneden çıkma olanağı belirtilerin özelliğine
3. Belirtilerin özelliğine göre, aile ve çevre yaşamına devamlı bir biyolojik ve psiko-sosyal tedavi ile uyur- lar
4. Çalışma gücü yoktur
5. Çevreye uyum şansları yoktur
6. Bazen çok basit işler yaparlar.

EK-3 (Devamı)

Haliyle: Toplumsal uyum olanağı yok (5 puan)

1. Belirtilerde gelişigüzel azalma görülebilir
2. Bazan belirtiler artar
3. Pratik olarak iyileşme yoktur
4. Hastaneden çıkma olanağı yoktur
5. Çalışma gücü yoktur
6. Çok sınırlı olarak uğraşı tedavisinden yararlanabilirler
7. Devamlı hastane ya da bir kurum denetimine gerek vardır.



İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ PSİKIYATRİ
KLİNİĞİNDE YAPILAN BU ARAŞTIRMADA DENEK OLARAK KULLANILAN
HASTALAR

<u>Hastalar</u>	<u>Protokol No</u>
<u>Deney Grubu</u>	
1. S.Ko.	558
2. S.Ka.	676
3. Y.G.	51
4. F.N.	39
5. B.B,	827
6. B.E.	561
7. A.G.	624
8. N.D.	308
9. G.B,	375
10. B.A.	643
<u>Kontrol Grubu</u>	
11. T.A.	493
12. İ.B,	1
13. N.C.	867
14. O.T.	64
15. H.B.	546
16. A.Ş.	682
17. Y.T.	247
18. V.T.	9
19. Ö.Ö.	520
20. G.E.	69

Ö Z G E Ç M İ Ş

1961 yılında Balıkesir'de doğan Nurhan Eren (Bıkmaz), 1978 yılında Tekirdağ Öğretmen Lisesi, 1982 yılında da Florence Nihtingale Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan mezun olmuştur. 1982-1983 yılları arasında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Enstitüsü, K.Y.B.Ü.'de servis hemşiresi olarak çalışmıştır. 1985 yılında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Nevroz Servisinde servis sorumlu hemşiresi, 1987 yılından itibaren de aynı klinikte başhemşire yardımcısı olarak görev yapmaktadır.

XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresinde sunulan çalışmaları var olup, T.H.D. üyedir.

Evli ve bir çocuk annesidir.