

KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERİN AİLELERİNİN TOPLUM RUH
SAĞLIĞI MERKEZİ'NDEN ALDIKLARI
HİZMETLERLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN
SOSYAL DESTEK VE BAKIM YÜKÜ İLE
İLİŞKİSİ**

SAİME DEMİRCİOĞLU

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2019

KOÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK RUHSAL BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERİN AİLELERİNİN TOPLUM RUH
SAĞLIĞI MERKEZİ'NDEN ALDIKLARI
HİZMETLERLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNİN
SOSYAL DESTEK VE BAKIM YÜKÜ İLE
İLİŞKİSİ**

**PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

SAİME DEMİRCİOĞLU

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:
DOÇ. DR. FAHRİYE OFLAZ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER.....	i
ONAY.....	iii
BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
TABLO DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Kronik Ruhsal Bozukluk.....	5
2.2. Kronik Ruhsal Bozuklukta Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	6
2.3. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği.....	8
2.3.1. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rollerini.....	9
2.4. Kronik Ruhsal Bozukluk ve Aile.....	10
2.4.1. Ailenin Yaşadığı Güçlükler ve Bakım Yüğü.....	12
2.4.2. Aile ve Sosyal Destek.....	13
2.5. Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Yönelik Hizmetler.....	14
2.6. Ailenin Gereksinimleri ve Psikiyatri Hemşireliği.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.4. Veri Toplama Araçları.....	17
3.4.1. Kişisel Bilgi Veri Toplama Form.....	17

3.4.2. Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	18
3.4.3. Arkaba ve Arkadaş Desteği İndeksi.....	18
3.4.3.1. Sosyal Destek İndeksi.....	19
3.4.3.2. Arkaba ve Arkadaş Desteği İndeksi.....	19
3.5. Araştırma Planı.....	20
3.6. Verilerin Değerlendirmesi.....	20
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	21
3.8. Etik Boyut.....	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
7. KAYNAKLAR.....	46
8. EKLER.....	56
Ek-1: Kişisel Bilgi Veri Toplama Form	56
Ek-2: Bakım Verme Yüğü Ölçeği.....	61
Ek-3: Sosyal Destek İndeksi.....	63
Ek-4: Arkaba ve Arkadaş Desteği İndeksi.....	65
Ek-5: Bilgilendirilmiş Olur Formu	66
Ek-6: Etik Kurul İzni.....	68
Ek-7: Etik Kurul Değişiklik Formu.....	69
Ek-8: Kurum İzni.....	70

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği

Yüksek Lisans programı öğrencisi Saime
Demircioğlu,

' Kronik Ruhsal Bozukluğu olan bireylerin
ailelerinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden aldıkları
hizmetlerle ilgili görüşlerinin sosyal destek ve bakım
yükü ile ilişkisi '

konulu Yüksek Lisans tezini tarihinde
başarılı

olarak tamamlamıştır.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

İmza

Adı Soyadı

TEŞEKKÜR

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi, destek ve anlayıőla her
zaman yanımda olan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Fahriye Oflaz'a,

Veri toplama sürecinde desteğinden dolayı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Sayın Fatma Işık'a,

Ve varlığından güç aldığım biricik oğluma sonsuz teőekkürlerimle...



ÖZET

Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden Aldıkları Hizmetlerle İlgili Görüşlerinin Sosyal Destek Ve Bakım Yükü İle İlişkisi

Amaç: Bu çalışma, kronik ruhsal bozukluğu tanısı olan bireylerin ailelerinin; Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden (TRSM) aldıkları hizmetler ile görüşlerinin incelenmesi ve bu görüşlerin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisini saptamak amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma 12 Şubat- 05 Temmuz 2018 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığına bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini araştırmaya dahil etme kriterlerine uygun 150 aile üyesi oluşturmuştur. Veri toplama amacıyla “kişisel bilgi veri toplama formu”, “bakım verme yükü ölçeği”, “sosyal destek indeksi” ve “akraba ve arkadaş desteği indeksi” kullanılmıştır. Hasta ve ailelerin özelliklerine göre ailelerin hizmetleri kullanma durumlarının değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımı kullanılmıştır. Hasta ve ailelerin özelliklerine göre ve ailelerin hizmetleri kullanma durumları ile yük, sosyal destek, arkadaş desteği ilişkisinin karşılaştırılmasında t-testi, Oneway ANOVA ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların TRSM'ne kayıtlı oldukları süre boyunca fayda sağladıkları saptanmıştır. TRSM düzenli bir şekilde kullanılırsa, hasta yakınları hastalık belirtilerinin azalacağını, hastanın kendine güveninin artacağını, hastanın yeni arkadaşlar edineceğini ve hastanın tedavisini ve ilaçlarını kendisinin takip edebileceğini düşünmektedir. Hasta yakınları hastanın TRSM'ne gidiyor olmasının kendilerine de fayda sağladığını; kendilerini daha güçlü hissettiklerini, TRSM'ler açıldıktan sonra daha az yardıma ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir. TRSM'ni düzensiz kullanan aile üyeleri bile TRSM'den fayda sağladığını belirtmiştir. TRSM'ni düzenli kullanan ve fayda sağlayan hastanın yakınlarının bakım yükünün düşük çıkmış, bakım yükü ile sosyal destek ve akraba ve arkadaş desteği arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: TRSM'de verilen hizmetler sayesinde tanı alan bireyin ve ailenin fayda sağladığı ve TRSM'ni kullandığı sürede bireyde pozitif yönde belirgin değişiklikler gözlemlendiği, hastalık belirtilerinin ise önemli oranda azaldığı gözlemlenmiştir. TRSM'lerin yaygınlaştırılması ve işlevselliğinin artırılması şizofreni tanılı hastalara evde bakımverme sorumluluğunu üstlenen kişilerin yükünü azaltmakta etkili olabilir. Ayrıca bulgularımız, hastanın takip ve tedavi sürecinde bakım verenin de ele alınması ve bakım veren olarak yaşanan güçlülere destek olunması konusunda TRSM ekibine yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: TRSM, Kronik Ruhsal Bozukluk, Aile, Bakım Yükü, Sosyal Destek

ABSTRACT

Relationship among Care Burden, Social Support and Thoughts about Community Mental Health Centers, of Families of the Individuals Diagnosed with Chronic Mental Disorder

Objective: The purpose of this study is to investigate and identify the correlation between opinion of caregivers on service at the Community Mental Health Center (CMHC) received by patients who were diagnosed as chronic mental disorder and their caregivers.

Method: The research has conducted between February 12 – July 05, 2018 at a Community Mental Health Center which is a unit under a governmental Education and Research Hospital in Istanbul. 150 caregivers were selected based on research criteria to form the sample of this study. “Descriptive Information Question Form”, “Burden Interview”, “The Social Support Index” And “The Relative And Friend Support Index” used in this study to collect data. The numerical and percentage distribution based on characteristic of the patients and their caregivers used to assess status of using service at the mental center. t-test, oneway ANOVA and correlation analysis were used to evaluate the relation between status of using service and social support and care burden.

Findings: It is observed that the patients received benefit from CMHC if they signed up for the service provided by the center. Caregivers believe that symptoms of illness could be decreased, self-confidence of patients could be improved, patients could make new friends and take control of their medication and treatment if they use CMHC service regularly. In additionally, it is found that caregivers believe service offered to patient provided by CMHC is also beneficial for them in a way of helping them to feel much stronger and need less help than before. Even the families who use CMHC irregularly admitted they received some benefit from the service. And it is determined that the care burden on caregivers was established less than before if the service used regularly. And it is found out that there is no meaningful correlation between social support and the support from relatives and friends.

Conclusion and Recommendation: The patients who has been cronic mental disorder and caregivers were positively affected and got benefits from the service CMHC has been offering. And considerable healing on the disease have been observed. According to the findings in this study, improving operational effectiveness of CMHC while increasing in their numbers in different locations could be helpful to relieve burden of caregivers who is responsible to take care of schizophrenic diagnosed patients at the home. Furthermore, researching the caregivers in the period of diagnosis and treatment could be a guidance for the team of CMHC to support and understand difficulties and what caregivers going through in that period.

Key Words: Community Mental Health Center, Chronic Mental Disorder, Caregivers, Care Burden, Social Support

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Aile üyelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	22
Tablo 2: Aile üyelerinin hastaya yakınlık durumu ve özellikleri.....	23
Tablo 3: Tanı alan bireyin demografik özelliklerinin dağılımı.....	24
Tablo 4: Tanı alan bireyin hastalıkla ilişkili özelliklerinin dağılımı.....	25
Tablo 5: Tanı alan bireyin TRSM'ni kullanma durumları.....	26
Tablo 6: Aile üyelerinin TRSM'ni kullanma durumları ile ilgili özellikler.....	27
Tablo 7: Aile üyelerinin TRSM'nin yararlılığı ile ilgili görüşleri.....	28
Tablo 8: Tanı alan birey ve aile üyelerinin TRSM'ni kullanma ve faydalanma durumlarının karşılaştırılması.....	29
Tablo 9: Tanı alan birey ve aile üyelerinin sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile aile üyelerinin TRSM'ni kullanma ve faydalanma durumlarının karşılaştırılması.....	30
Tablo 10: Aile üyelerine ait özellikler ile bakım yükü, sosyal destek ve akraba ve arkadaş desteği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	31
Tablo 11: Tanı alan bireye ait özellikler ile bakım yükü, sosyal destek ve akraba ve arkadaş desteği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	33
Tablo 12: Tanı alan birey ve aile üyelerinin TRSM'ni kullanma ve faydalanma durumlarının; bakım yükü, sosyal destek ve arkadaş desteği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	34
Tablo 13: Bakım Verme Yükü Ölçeği, Sosyal Destek İndeksi, Akraba ve Arkadaş Desteği İndeksi ve tanı alan bireyin yatış sayısı arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	35

KISALTMALAR

- TRSM:** Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
CMHC: Community Mental Health Center
URSEP: Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı
Ark.: Arkadaşları
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
EKT: Elektro Konvülsif Tedavi
BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi
FIRA-G: Family Index of Regenerativity and Adaptation-General
SPSS: Statistical Package for Science for Windows
HT: Hipertansiyon
DM: Diyabetes Mellitus

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik ruhsal bozukluklar bireyin, sosyal ilişkiler, öz bakım, çalışma hayatı ve boş zaman aktiviteleri gibi işlevselliklerinin farklı alanlarında bozulmalarla ortaya çıkan psikiyatrik rahatsızlıklar olarak ifade edilmektedir. Bu terim kullanıldığında ruh sağlığı alanında genellikle şizofreni açılımıyla giden psikotik tablolar ve bipolar bozukluk anlaşılmaktadır (1). Günümüzde bu tür ruhsal bozuklukların tedavisinde kullanılan etkili ilaç tedavileri sayesinde tanı almış bireylerin hastanede kalış süreleri kısalmış, bireylerin toplum içinde bakım ve tedavilerinin sürdürülmesine yönelik çalışmalar artmış ve çeşitli toplum temelli hizmet sunum modelleri uygulanmaya başlamıştır (2).

Bu tür hastalıkları olan bireyler akut dönemlerdeki tedaviler dışında, semptom yönetimi ve ortaya çıkan yeti yitimleri için rehabilitasyon çalışmalarına ve toplum içinde desteklenmeye gereksinim duymaktadır. Bu bağlamda hizmetler değerlendirildiğinde, ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin 2011 yılına kadar hastane temelli olarak sürdürülmekte olduğu, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planının (URSEP) yayınlanmasından sonra ise hastane-toplum denge modeli adı verilen bir modelle hizmet sunumun yeniden şekillendiği görülmüştür. URSEP'e göre toplam 236 Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) açılması planlanmış olup (3) halen tüm ülkedeki TRSM sayısı 176 olmuştur (4).

TRSM'leri, kendisine bağlanmış coğrafi bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği, rehabilitasyon, psiko-eğitim, iş-uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimlerdir (3). Bu merkezler özellikle yeti yitimine sebep olan şizofreni kapsamındaki psikotik bozukluklar ve bipolar bozukluk tanısı olan bireylere ve yakınlarına hizmet vermektir.

Ülkemizde kronik ruhsal bozuklukları olan tanı almış bireylerin büyük bir çoğunluğu yakınlarının yanında ikamet etmeye devam etmektedir ve hastalıklarının

yönetimi konusunda aile üyelerinden destek almaktadır (5). Bu durum tanı almış bireylerin TRSM ve/veya hastanede sunulan her tür hizmete erişimi, kullanımı ve yararlanmasında ailenin desteği, teşvikini ve eşliğini gerektirmektedir. Aile ile ilgili bazı özellikler ve ailenin sağladığı destek ve yardım, kronik ruhsal bozuklukların tedavi ve iyileşme sürecinde en önemli faktörlerden biridir. Tanı almış bireyler, aile desteği ve yardımı olmadan hizmetlere erişimde ve yararlanmakta zorluklar yaşamaktadır. Bu nedenle aile üyelerinin ruhsal bozukluklara ve sunulan ruh sağlığı hizmet ve tedavilerine yönelik tutumu ve bakış açısı bireyin tedaviye uyumunu önemli ölçüde etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (6,7,8).

Bununla birlikte ruhsal bozukluk tanısı almış bir bireyin bakım sorumluluğunu almak aile üyelerini ve ailenin işlevselliğini etkilemektedir. Bu bağlamda “Bakım Yüğü” kavramı, bakım verenlerin yaşadığı olumsuz durumlar, günlük yaşantılarında ortaya çıkan zorluklar ve hayatlarını etkileyen sorunlar gibi hastalığın aile üzerindeki etkilerini tanımlamak amacıyla son yıllardasıkça kullanılan bir kavram ve ölçüt haline gelmiştir (9). Ruhsal bozukluk tanısı almış bireyin ailesi genellikle birincil bakım verici rolüne hazırlıklı olmadan ve gönüllülüğü sorgulanmadan girmek zorunda kalmaktadır. Tüm hastalık süreci boyunca yani tanılama, tedavi ve rehabilitasyon süreci boyunca aile üyeleri de tanı almış bireyler kadar zorluklarla karşılaşmakta ve baş etme çabası içine girmektedir (2,10,11,12,13). Özellikle ülkemizde tanı almış bireylere yönelik ruhsal rehabilitasyon hizmetlerinin ve aileler için verilen destek ve eğitim imkânlarının sınırlı olması nedeniyle de çoğunlukla hastalıkla mücadelede yalnız başlarına ve desteksiz kalabilmektedirler (14). Ailelerin yaşadığı güçlükler ve ortaya çıkan sorunlar ile ilgili çalışmalarda bakım verenlerin boş zaman etkinlikleri, kariyer gelişimi, mali koşullar ve aile ilişkilerinin olumsuz etkilendiği ve önemli bir kısmının ciddi veya orta derecede ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları yaşadıkları gösterilmiştir (15, 16). Ülkemizde Atagün ve ark. (2011), bakım verenlerin %60,6’sının bakım verme görevlerinden dolayı yeterli boş zaman aktiviteleri olmadığını, %78,8’inin kendilerini bu süreçte yorgun hissettiklerini, %84,9’unun hasta ile iletişimde zorluk çektiklerini, %56,9’unun ise ekonomik problemler yaşadıklarını bildirmiştir (17).

Ailede oluşan yük ve ortaya çıkardığı sorunlar yalnızca aile için değil, aynı zamanda tanı almış bireyler ve sağlık sistemi için de olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Yüksek bakım yükü, bakımın niteliğinin düşmesi, hastaya kötü davranma veya şiddet uygulama ve bunun sonucunda hastalık belirtilerinin nüksetmesi gibi sonuçlara neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında ailelerin desteğe ihtiyaçları olduğu ve desteklendiklerinde hem hastanın hem de aile üyelerinin olumlu olarak etkilendiği görülmektedir. Aile üyeleri desteklendiklerini hissedersen, hasta sorunlarıyla daha kolay baş edebilmektedirler. Ailenin tanı almış bireye desteği ve yardımını doğrudan hissedilen bakım yükü (9,11,12,13,15,18,19,20) ve algılanan sosyal destek (13) durumundan etkilenmektedir.

Ülkemizde 20011 yılından beri ruh sağlığı hizmet sunumuna eklenmiş olan TRSM, tanı almış bireylerin ayaktan tedavi ve rehabilitasyonlarını sürdürmek amacıyla kurulmuş ve uzun vadede tekrarlı hastaneye yatış oranlarını azaltmayı hedeflemiş bir hizmet türüdür. Bu bağlamda relaps oranlarının ve günlük yaşam sorunlarının çözümlenmesine katkı sağlayarak ailelerin yükünü de azaltacağı öngörülmektedir. Diğer taraftan, bireyin bu hizmetten etkili bir şekilde yararlanması konusunda aile üyelerinin desteğine ihtiyaç duyduğu gözlenmektedir.

TRSM'lerinin hizmetleri konusunda az sayıda olsa da hastalarla yapılan çalışmalar bulunmakla beraber ailelerin bu hizmete ilişkin görüşleri ve ne tür güçlükleri olduğuna ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Çalışmalar genellikle TRSM'den hizmet alan hastaların gösterdikleri gelişmeleri ve hastaların beklentilerine odaklanmaktadır (21,22). Bu nedenle tanı almış bireyin birlikte yaşadığı aile bireylerinin, sosyal destek ve bakım yükü algısı ile TRSM'nde sunulan hizmetlerle ilgili değerlendirmeleri ve bakış açılarının, hastaların bu hizmetlere devamlılığı ve yararlanma düzeyini etkileyen önemli bir faktör olarak incelenmesinin önemli bir bilgi boşluğunu dolduracağı düşünülmektedir.

Bu bağlamda, bu çalışma ile TRSM'ne kayıtlı olan tanı almış bireylerin aile üyelerinin TRSM'den aldıkları hizmetler ile görüşlerinin incelenmesi ve bu görüşlerin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Aile üyelerinin TRSM hizmeti ile ilgili görüşleri, sosyal destek ve bakım yükü arasındaki ilişki incelenerek daha geniş bir perspektif ortaya konulacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, Kronik Ruhsal Bozukluğu olan bireylerin ailelerinin; TRSM'den aldıkları hizmetler ile görüşlerini incelemek ve bu görüşlerin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisini saptamak amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Alt Soruları

- Aile üyelerinin ve tanı almış bireyin sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikler ile TRSM'ni kullanma ve faydalanma ile görüşleri nedir?

- Aile üyelerinin ve tanı almış bireyin sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile bakım yükü, sosyal destek ve arkadaş desteği arasında bir farklılık var mıdır?

- Aile üyelerinin TRSM kullanım durumu ile bakım yükü, sosyal destek ve arkadaş desteği arasında bir ilişki var mıdır?

- TRSM'den alınan hizmetten yararlanma durumu ile bakım yükü, sosyal destek ve arkadaş desteği arasında bir fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Ruhsal Bozukluk

Kronik ruhsal hastalık tanımı bireysel bakım, toplumsal ilişkiler, çalışma hayatı ve boş zaman etkinlikleri gibi işlevselliğin farklı alanlarında bozulmalarla giden psikiyatrik bozukluğu olan kişiler için kullanılmaktadır (23). Bu sınıflama altında; şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk, yineleyen major depresyon, uzun süreli obsesif kompulsif bozukluk, alkol-madde bağımlılığı ve diğer psikotik bozukluklar yer almaktadır (1,24). Bu çalışmada sadece bu başlık altında yer alan TRSM'lerinin hizmet sunmakla sorumlu olduğu şizofreni açılımında giden psikotik bozukluklar ve bipolar bozukluklar ele alınmıştır.

Şizofreni, toplumun yaklaşık %1'ini etkileyen, genellikle 25 yaşından önce başlayan, bütün sosyal sınıflarda görülen, relapslarla seyreden, yaşam boyu devam eden, kişiler arası ve mesleki işlevselliği bozan, yeti yıkımına yol açan ciddi bir psikiyatrik bozukluktur (25). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), küresel olarak yaklaşık 23 milyon insanın şizofreni hastası olduğunu tahmin etmektedir (26).

Yapılan çalışmalar şizofreninin %80 oranında genetik olduğunu gösterse de, şizofreniden sorumlu tam bir mekanizma tanımlanamamıştır (27,28). Genetiğin önemine ek olarak, çevresel etmenler de şizofreni gelişme riskinde önemli bir rol oynamaktadır. Çok sayıda çalışmada şizofreni gelişme riskini artıran çeşitli çevresel faktörler açıklanmıştır. Çevresel faktörlerin genetik faktörlerle aynı anda görülmesinin ise riski daha da artırabildiği ifade edilmektedir (28).

Bipolar bozukluk ise tipik olarak, normal ruh hali dönemleriyle ayrılmış manik ve depresif dalgalanmalardan oluşan bir duygu durum bozukluğudur. Manik ataklar, yüksek coşkulu veya sinirli ruh hali, aşırı hareketlilik, basınçlı konuşma, yükselmiş benlik saygısı ve azalmış uyku ihtiyacı ile karakterizedir. Normal duygu durum süreçleri ve manik atakları şeklinde dalgalanması olan ancak depresif atakları olmayan kişiler de bipolar bozukluk kategorisi altında değerlendirilmektedir (26). 188 ülkenin verilerinin kullanılmasıyla yapılan Küresel Hastalık Yükü Çalışması'nda 1990 yılında dünya genelinde 32,7 milyon (% 95 belirsizlik: 28,8-36,5 milyon) ve 2013 yılında 48,8

milyon (43,5–54,4 milyon) bipolar bozukluk vakası saptanmıştır (29). 2017 verilerine göre ise dünya çapında yaklaşık 60 milyon insanı etkilediği açıklanmıştır (26).

Sağlık sistemleri henüz ruhsal bozuklukların yüküne yeterince cevap vermemiştir. Tedaviye ihtiyaç ve sunulan hizmetler arasındaki boşluk tüm dünyada yaygındır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, ruhsal bozukluğu olan kişilerin % 76 ila % 85'i bozukluklarına yönelik tedavi görmemektedir. Yüksek gelirli ülkelerde, ruhsal bozukluğu olan kişilerin %35 ila % 50'si aynı durumdadır. Bu hastalıklara yönelik yaklaşımlar günümüzde psikofarmakolojik ve somatik tedaviler, (EKT vb.) psikososyal müdahaleleri ve rehabilitasyon çalışmalarını kapsamaktadır (26).

2.2. Kronik Ruhsal Bozukluklarda Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

Dünyada verilen ruh sağlığı hizmet modelleri toplum temelli, hastane temelli ve toplum-hastane denge modeli olmak üzere üç ana kategoride sınıflandırılmaktadır. DSÖ, uzun yıllardır doğru ve etkili bir ruh sağlığı hizmeti için, üye ülkeleri kendi ruh sağlığı politikalarını ve eylem planlarını oluşturmaları yönünde teşvik ederken, toplum temelli yaklaşımın benimsenmesindeki önemi vurgulanmaktadır (3). Toplum temelli hizmet modeli 1960'lerden sonra yaygınlaşmaya başlamış ve hastaların toplum içinde tedavi ve rehabilitasyonu amaçlanmıştır. Toplum temelli model, tedavi ve bakım hizmetlerinin geleneksel hastaneler yerine hastanın kendi yaşadığı çevrede sağlandığı modeldir. Bu modelin ana hedefleri ruh sağlığı hastalarının hastaneye yatışının önlenmesi ve hastaların minimum destekle başkalarına ihtiyaç duymadan yaşayabilecek seviyeye gelmesinin sağlanmasıdır (30). Bu model üç unsur üzerine kurulmuştur;

- Hizmetin coğrafi temelli yapılandırılması,
- Hizmetin ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi,
- Her tanımlanmış bölgeye; sorumlu TRSM, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması (31).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ruhsal bozukluk tanısı olan bireylerin hastanede kalma sürelerinin azaltılması ve toplum içinde, kendi çevresinde etkili ve işlevsel bir yaşam sürmesini hedefleyen yaklaşımlar benimsenmektedir. Ülkemizde

Sağlık Bakanlığı tarafından, DSÖ'nün öncülüğündeki uluslararası gelişmeler ve 2006'da yayınlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası önerileri doğrultusunda ülkemizde toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modeli geliştirme çalışmalarına 2009 yılı içerisinde başlanmış ve sistemin, açılacak toplum ruh sağlığı merkezleri aracılığı ile yaygınlaştırılması planlanmıştır (32). Bu doğrultuda 2011 yılında URSEP ile hastane-toplum denge modeline geçilmiştir (3). Son değişimlerle ülkemiz 29 sağlık bölgesine ayrılmış ve nüfus yoğunluğuna göre TRSM'ler kurulmuş ve sayısı tüm ülkede 176 olmuştur (31). URSEP ile kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin TRSM ekipleri tarafından kayıt altına alınıp takip edilmesi yanında yarı-yol evleri ve korumalı evlerin açılması ve korumalı işyerlerinde istihdamlarının sağlanması da hedeflenmiştir.

TRSM'leri tanı almış bireylere ayaktan tıbbi ve psikososyal hizmet vermektedir. TRSM ekiplerinde psikiyatri uzmanları, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve ergoterapistleri (uğraş terapistleri) bulunmaktadır. Tıbbi personel-diğer sağlık personeli oranı ve diğer sağlık personelinin hangi meslek kategorilerinden olacağı merkezin büyüklüğüne, kaynak durumuna ve bölgedeki nitelikli personel mevcudiyetine bağlı olarak değişmektedir (33).

Birey ve aileleri genellikle hastaneden taburcu olurken kendi bölgelerinde var olan TRSM hakkında bilgilendirilmektedir. Ayrıca TRSM'lerde görev yapan ekipler tanımlanmış bölgede yaşadığı belirlenen ruhsal bozukluğu olan bireyleri telefonla veya bizzat gezici ekiplerle evleri ziyaret ederek davet etmekte ve kayıt altına almaktadır. Birey TRSM'ne kayıt olduktan sonra, uyumlandırma çalışmaları için ihtiyaçları ve yetenekleri göz önünde bulundurularak bireysel ve grup psikoterapiler (psikoanalitik, destekleyici, BDT vb), psikoeğitimler (hem bireye hem aile üyelerine yönelik), halk eğitim merkezlerinden görevlendirilmiş öğretmenler eşliğinde beceri eğitimleri verilmekte, randevuları takip edilmektedir (34,35).

TRSM ekiplerinin görevleri arasında kurumlararası iş birliği ile toplumu bilinçlendirme, damgalama ile mücadele, aile desteği sağlamak, TRSM'ye kayıtlı hastaların bireye özgü gereksinmelerinin yer aldığı bakım planları doğrultusunda, fiziksel ve ruhsal tedavilerinin yürütülmesinin yanı sıra, sosyal, ekonomik, barınma ve iş konularındaki sıkıntılarının da giderilmesine yönelik çalışmalar yaparak hastaların topluma yeniden kazandırılması da yer almaktadır (3).

TRSM'lerinde sunulan hizmetlerin etkilerine yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, Şükrü ve arkadaşlarının (2018) bir toplum sağlığı merkezinde yürüttükleri çalışmada, ayaktan izlenen erken dönem şizofreni tanılı bireylerde rutin tedaviye ek olarak grup psikoterapisi yapılan grupta işlevselliklerinin anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (36). Arabacı ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada ise kronik ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verenlere uygulanan psikoeğitimin doğrudan sıkıntı ve psikososyal uyum üzerinde anlamlı olumlu etkisi görülmemekle beraber, kontrol grubunda görülen sıkıntıda artma ve psikososyal uyumunda kötüleşmenin bu grupta görülmemesi olumlu bir sonuç olarak yorumlanmıştır (37). Bir sistematik derlemede, bireysel bilişsel davranışçı terapinin (BDT) genel ruhsal durum ve genel işlevsellikte etkili olduğu, ancak nüks ve hastaneye yatma oranlarını azaltmadığı ortaya konulmuştur. Aynı derlemeye göre yoğun ve uzun süreli bilişsel davranışçı grup terapisi ve destekleyici danışmanlık, hastalık süresi kısa ve belirti şiddeti az olan hastalarda psikiyatrik belirti sayısını ve pozitif belirtileri azaltmıştır (38).

2.3. Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği

Toplum ruh sağlığı modeli, ruh sağlığını korumak, ruhsal hastalık oluşumunu önlemek (birincil koruma), ruhsal hastalıkların erken tanısı, tedavi ve bakımını sağlamak (ikincil koruma), ruhsal hastalıkların rehabilitasyon ve bakımının devamlılığını sağlamak ve bunun için sistem oluşturmaktır (üçüncül koruma) (39). Her bir basamakta hemşirenin görev ve sorumlulukları değişkenlik göstermektedir:

- Birincil koruma düzeyindeki hemşirelik uygulamaları riskli grupları hedef alır ve eğitsel programların sunumuna odaklanır.
- İkincil koruma, sorunların erken tanımlanması ve etkili tedavilerin hızlı bir şekilde başlatılması yoluyla gerçekleştirilir. İkincil koruma düzeyinde hemşirelik uygulamaları belirtilerin tanınması ve tedavinin uygulanması ya da tedavi için yönlendirmeye odaklanır.
- Üçüncül korumada hemşirelik uygulamaları hastanın toplum içindeki rollerini tatmin edici bir şekilde sürdürmelerini sağlayacak olan sosyal davranışları öğrenmesine ya da hatırlamasına yardım etmeye odaklanır. Üçüncül koruma, iki şekilde gerçekleştirilir:

1. Hastalığın istenmeyen durumlarını önleme,
2. Her bireyin en üst düzeyde işlevselliğini sağlamaya yönelik rehabilitasyonu sağlamaktır (40).

Türkiye’de TRSM ile kronik ruhsal bozukluk tanısı olan bireyin rehabilitasyonu yani üçüncül korumayı içeren adımlar atılmıştır (39).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rollerini

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan TRSM hakkında Yönergede belirtilen hemşie rol ve sorumlulukları aşağıda özetlenmiştir.

- ✓ Hizmet alanlara ve ziyaretçilere TRSM’nin amacı ve çalışmaları ile ilgili bilgi vermek,
- ✓ Hizmet alanlara ve ailelerine yönelik psikososyal müdahaleleri yürütmek,
- ✓ Gezici ekip faaliyetlerine katılmak,
- ✓ Yataklı tedavi gerektirecek bir kötüye gitme durumunda hastanın ilgili kliniğe nakline destek vermek,
- ✓ Veri formlarını doldurmak ve ölçekleri (skala) izlemek,
- ✓ İstatistik/veri toplamak ve değerlendirmek,
- ✓ Merkeze devam etmeyen hastaların aileleriyle temasa geçmek ve gerektiğinde merkezden taburculuk süreçlerini yürütmek,
- ✓ Kamuoyu farkındalığını artırma ve damgalamayla mücadele faaliyetleri yürütmek, hemşirelerin sosyal çalışmacılar ve psikologlar ile ortak görevleridir.
 - Hizmet alanların genel sağlık durumunu (diyabet, hipertansiyon vb.) izlemek ve yazılı kayıtlarını tutmak,
 - Gerektiğinde hizmet alanların genel sağlık tedavilerini uygulamak ise hemşirelik görevlerindedir (33).

2.4. Kronik Ruhsal Bozukluklar ve Aile

Hastanede kalış süresinin kısalması ve sağaltımın artık daha çok kurumlar dışında sürdürülmeye başlanması ile kronik ruhsal bozukluk tanısı olan bireylerin aileleri birincil bakım verici konumuna gelmiştir (14). Şizofreni tanısı olan kadınların destek kaynaklarının tanımlanması amacıyla yapılan çalışmada, ailelerin hastalara

yardım sağlayan en önemli kaynaklar olduğu bulunmuştur (41). Fleury ve ark. (2008) kronik ruhsal hastalık tanısı olan bireylerin yakınlarının hastalara olan yardımlarını ve bu yardımların derecesini gösterdiği çalışmalarında, ailelerin tek başlarına veya hizmetlerle birlikte hastanın ihtiyaçlarını karşılamada önemli rolü olduğunu bulmuşlardır (42). Sonuç olarak aileler öncelikle psikiyatri kurumları tarafından sağlanan hizmetleri karşılamaları ve devam ettirmeleri konusunda aranan kişilerdir. Ailenin sunacağı yardım ve destek hizmetlerin başarısının önemli bir ögesidir ve bu nedenle ailenin hizmetlerle ilgili erişimi, kullanımı ve görüşlerini etkileyen değişkenleri öğrenmek, istenen hedeflere ulaşmak açısından önemlidir (43).

Ancak toplumda hastalara ve ailelerine yönelik program ve hizmet modellerinin olmaması, yeterli toplumsal destek olmaması, hastalara yönelik uygulanan iyileştirme işlemlerinin sınırlı olması bazı problemleri beraberinde getirmektedir (8,14,42,44). Aileler, hastalığın olumsuz etkilerini tamponlama potansiyeline sahip olabileceği gibi hastalık sürecini olumsuz yönde etkileme potansiyeline de sahiptir. Bazı aileler işlevsiz veya sağlıklı aile dinamikleri veya gergin aile ilişkileri gibi durumlardan dolayı üyelerine etkili bir şekilde yardımcı olamazlar (45). Bazen de aile üyeleri yardım etme becerisine sahip olmayabilir (46,47).

Aileler de hastalar gibi hastalık süreci boyunca çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Özellikle ülkemizde hastalara yönelik uygulanan iyileştirme hizmetlerinin semptomların tedavisine odaklı olmasının yanı sıra aileler için verilen destek ve eğitim imkânlarının da yetersiz olmasından dolayı, çoğunlukla hastalıkla mücadelede yalnız kalmaktadırlar (14). Şizofreni tanılı bireylere bakım verenler ile bakım vermeyenlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, bakım verenlerin ruhsal, fiziksel ve sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı saptanmıştır. Ayrıca bakım verenlerin, bakım vermeyenlere göre daha çok uyku güçlüğü, ağrı, baş ağrısı, mide yanması, kaygı ve depresyon yaşadığı görülmüştür (48). Magana ve ark.'nın (2007) Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Meksika kökenli psikiyatri hastaları ve onlara bakım verenlerde gerçekleştirdikleri çalışmada, bakım verenlerin %40'ının depresyon yaşadığı tespit edilmiştir (15). Depresyonun, bakım verenlerin yaşam kalitelerinde düşüşe, aile işlevselliğinde kötüleşmeye ve ölüm oranlarında artışa neden olduğu belirtilmektedir (17). Bipolar bozukluğu olan kişilerin bakım verenlerinin üçte

birinden fazlasında, klinik olarak anlamlı düzeyde depresif belirtiler olduğu bildirilmektedir (49). Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aileler genellikle hastaya banyo, yemek, giyinme gibi günlük faaliyetlerini yerine getirmelerinde, ilaç alma ve onları kontrol etme gibi konularda yardımcı olmaktadır (9). 2003 yılında yapılan bir araştırmada, bakım verenlerin %90'ının boş zaman etkinliklerinin, kariyer gelişiminin, mali koşullarının ve aile ilişkilerinin bakım hizmetinden olumsuz etkilendiği ve %41'inin ise önemli veya orta derecede ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları yaşadıkları gösterilmiştir (16).

Duman ve Bademli'nin (2013) Türkiye'de ki kronik psikiyatrik bozukluk tanısı olan bireylerin aileleri ile yapılan çalışmaları belirlemek için yaptıkları derleme çalışmasında, ailelerin işlevselliğinin bozuk olduğu, sosyal desteğin aile işlevselliğini olumlu etkilediği ve yükü azalttığı; ruhsal sağlık durumlarının olumsuz etkilendiği, aile yükünün şizofreni tanılı grubunda daha yüksek olduğu, yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği, tanımlanmıştır. Ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin stresle baş etme düzeylerini ve yüklerini tanımlayan çalışmalar ve bu ailelere yönelik müdahale çalışmaları yetersiz olduğu, bu alana özgü müdahale programlarına ve izleme çalışmalarına gereksinim olduğu derlemede çıkan sonuçlar arasındadır (50). Aynı çalışmada aile müdahalelerinin tekrar hastaneye yatışları azalttığı vurgulanmıştır.

2.4.1. Ailenin Yaşadığı Güçlükler ve Bakım Yükü

Son yıllarda tanı almış bireye bakım veren aile üyelerinin, bakım verirken karşılaştıkları olumsuz durumlar, günlük yaşantılarında ortaya çıkan zorluklar ve hayatlarını etkileyen sorunlar gibi hastalığın aile üzerindeki etkilerini tanımlamak amacıyla yük kavramı tanımı kullanılmaktadır. Psikiyatrik bozukluk tanılı bireylere uzun süre bakım vermek zorunda kalan ailelerle yapılan çalışmalarda ailelerin yük puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (13,18,19,49,50,51,52,53).

Bazı araştırmalar, şizofreni tanılı bireylerin bakım yükünün daha yüksek olduğunu ileri sürerken bazıları da bipolar bozukluk tanısı olan ailelerin yüklerinin de benzer olduğunu belirtmektedir (5,54, 55, 56, 57). Bununla birlikte, bu çalışmaların çoğu ayaktan tedavi gören hastalara bakım verenlerin yüküne odaklanmıştır ve sonuçların akut dönemdeki hastalara genellenemeyeceği de ifade edilmektedir (51).

Örneğin Chadda ve ark. (2007), şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin benzer düzeyde yük yüklendiğini ve yük ile başa çıkmak için benzer yöntemler kullanıldığını ortaya koyarken (55); 243 şizofreni ve 200 bipolar tanılı birey üzerinde yapılan bir diğer çalışmada ise, akut bipolar bozukluk tanılı bireylere bakım verenlerin aile yükü, şiddet davranışı ve intihar riskinin şizofreni tanılı olanlara bakım verenlere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu ifade edilmiştir (51).

Ak ve ark. (2012)'nin aktardığına göre Yük kavramı ilk defa 1966 yılında Hoening ve Hamilton tarafından nesnel ve öznel yük olmak üzere iki ayrı grup olarak tanımlanmıştır. Nesnel yük, bakım veren kişilerin karşılaştıkları ekonomik zorluklar, hastanın davranışlarındaki rahatsız edici durumlar, günlük yaşamlarındaki kısıtlamalar, aile üyelerinin beden ve ruh sağlıklarını etkileyen negatif durumlar gibi aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönünü ifade etmektedir. Öznel yük ise bakım veren aile üyelerinin karşılaştıkları zorlukların hangi ölçüde onları rahatsız ettiğini ifade etmek için kullanılmıştır (5).

Kronik psikiyatri hastalarında aile yükü çok boyutlu bir kavramdır. Bakım veren ailelerin yükü yalnızca kendileri için değil, aynı zamanda hastalar, diğer aile üyeleri ve sağlık sistemi için de olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Başka bir deyişle, bakım verenin yaşam kalitesi sadece bakım verenin kendisi için değil aynı zamanda hasta ve hastalığın gidişi açısından da önemli bir durumdur (58).

2.4.2. Aile ve Sosyal Destek

Sosyal destek, bireyin ortak bir yükümlülüğü paylaşan bir topluluğa ait olduğuna, bu topluluk tarafından ilgi gördüğüne, sevildiğine ve sayıldığına inanmasına neden olan bilgi olarak tanımlanmaktadır. İnsanlar arasındaki destekleyici etkileşimlerin, sağlık problemlerine karşı koruyucu olduğu kanıtlanmıştır. Sosyal desteğin krizdeki insanları çok çeşitli patolojik durumlardan koruyabildiği görülmektedir. Ayrıca, Ruhsal bozuklularla ilgili olarak sosyal destek gerekli ilaç miktarını azaltabileceği gibi, toparlanmayı hızlandırabilir ve öngörülen tıbbi tedaviye uyumu kolaylaştırabilir (59). Bir sistematik derlemede sosyal desteğin ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerde depresyonu riskini azalttığı, sosyal aktiviteyi artırdığı, daha geniş kitleler arasında farkındalığın artmasına olanak sağladığı ve böylece insanların daha fazla yardım almak için motive olduğu belirtilmiştir (60).

Kronik ruhsal bozuklukta belirtiler alevlendiğinde ve kontrol edilemediğinde bireyin hastane yatışı kaçınılmaz olmakta, tedavi ile hastalık belirtileri kontrol edilmeye başladıktan sonra bireyin bakımı aile ortamında hasta yakınları tarafından sürdürülmektedir. Bu nedenle bakım vericilerin, hastalık süreci, hastaya yaklaşım konularında sosyal destek kaynaklarını tanınması ve bunlardan etkin yararlanması, bakımda sürekliliği sağladığı gibi hasta ve bakım vericinin iyilik halini sürdürmesinde de önemlidir (61).Yapılan bir çalışmada, serviste yatan hastaların bakım vericileri ile polikliniğe gelen hastaların bakım vericilerinin sosyal destek düzeylerinin farklı olduğu, servise yatan hastaların bakım vericilerinin sosyal desteklerinin düşük olduğu görülmüştür. Bu nedenle bakım vericilerin sosyal destek kaynaklarını tanınması ve bu kaynaklardan etkin olarak yararlanmasına yardım edilmesi önerilmektedir (62). Sosyal desteğin, ailenin bakım verme ile ilgili algılarını ve ruh sağlıklarını olumlu yönde etkilediği, ailenin işlevselliğini artırdığı yapılan çalışmalarda sıklıkla belirtilmektedir (51, 64, 65).

2.5. Kronik Ruhsal Bozukluk Tanısı Olan Bireylerin Ailelerine Yönelik Hizmetler

Toplumdaki ruh sağlığı hizmetlerinin tanısı olan bireylere yönelik doğrudan hizmetler, iş birliği amaçlı olarak tedavi sürecine aile üyelerinin de dahil edilmesi ve aile üyelerine verilen bilgi ve öneriler ve olmak üzere üç önemli boyutu vardır. Tanısı olan bireye sağlanan doğrudan ruh sağlığı hizmetleri, ailenin ruhsal hastalığı olan yakınına yardım etme çabasını destekleyerek ailenin sıkıntısını azaltabilmenin yanısıra aileye yönelik de doğrudan hizmetler bireyin hastalığının seyrini olumlu etkileyecektir. Ruh sağlığı sistemi ruhsal bozukluğu tanısı olan bireyin bakımına yardımcı olduğunda, aile üyeleri kendilerini yalnız hissetmez ve desteklendiklerini hissederler. İş birliği amaçlı olarak tedavi sürecine aileleri de dahil eden hizmetler son yıllarda artmıştır. Ruh sağlığı profesyonelleri ile aile iş birliği, ailelerin aldığı desteği artırır ve hissettikleri sosyal izolasyonun azalmasını sağlar. Ruh sağlığı profesyonellerinin, ailenin bireyin primer destekçisi olduğunun farkına varması ve tedavi sürecine aileleri de dahil ederek ailenin yaşadıklarını anlaması, bu konuda destek sağlaması önemlidir (66).

Ruh sağlığı profesyonelleri ailelere ruhsal hastalığın nedenleri, tedavisi ve ağır semptomlar ve zor durumlarla karşılaşıldığında bireye nasıl davranmaları gerektiği ve yararlanabilecekleri kaynaklar konusunda bilgi vererek yardımcı olabilirler. Hastalıkla ilgili bilgi sahibi olmak, ailelerde kontrol duygusunu artırır ve çaresizlik hissini azaltır. (66). 2011 yılında İsveç'te kronik ruh sağlığı olan hasta olan 70 kişinin aile üyeleri ile yapılan bir çalışmada; açıklık, onay, iş birliği ve sürekliliğin profesyonellerin sunduğu yaklaşımda önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bu sonuçlar, profesyonellere aile üyelerinin beklentileri ve yaklaşımlarını nasıl düzenleyecekleri hakkında önemli bilgiler vermektedir. Böyle bir yaklaşımın, aile üyeleri ile olumlu ittifak kurma, onları kaynak olarak görme ve onlara uygun destek sağlama fırsatı sağlamaya yardımcı olabileceği çıkan sonuçlar arasındadır (67).

Hodgson ve ark. (2002), kronik ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin aileleri ile ruh sağlığı profesyonelleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, aileler ruh sağlığı çalışanlarını, profesyonel, arkadaşça, saygılı ve pozitif bulmuşlardır. Fakat, aileler erişilebilirlik ve hastaların tedavisi hakkında iletişim konusunda çalışanlardan memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, ailelerin memnuniyetsiz olduğu diğer konular; tedavi ile ilgili bilgi eksikliği, tedaviye ailelerin dahil edilmemesi, ailelerin problemlerle baş etmesine yardım edilmemesi, kriz durumlarında yapılacaklara dair ailelere bilgi verilmemesi, kendilerine hizmet sağlanmaması, ilaç tedavisi, rehabilitasyon, sosyal hizmetler, meslek fırsatları hakkında yetersiz bilgi verilmesidir (68).

2.6. Ailelerin Gereksinimleri ve Psikiyatri Hemşireliği

Ailenin ihtiyaçları, multidisipliner bir yaklaşımın bir parçası olarak dikkatle değerlendirilmeli ve bireysel bir aile bakım planında ele alınmalıdır. Ruhsal bozuklukla başa çıkmaya çalışan ailelerin destek, bilgi ve beceri eğitimi, savunuculuk, kaynaklara yönlendirme gibi çeşitli ortak gereksinimleri tespit edilmiştir (69, 70).

Ailelerin maddi kaynak eksikliği, boş zaman yetersizliği, duygusal olarak destek ihtiyacı, bakım yükü, hasta için gelecek kaygısı, ailenin kendisini güçsüz ve savunmasız hissetmesi, damgalanma, sosyal hayatın kısıtlanması, sosyal destek eksikliği gibi çeşitli ortak ihtiyaçları mevcuttur. Hemşireler;

- Kapsamlı bir aile ihtiyaç değerlendirmesi yapmalı,
- Aile ve multidisipliner meslektaşları ile iş birliği içinde bireyselleştirilmiş bir aile bakım planı geliştirmeli,
- Aileye problem çözme ve beceri eğitimi konusunda yardım etmeli ve
- Aileyi topluma ve kişisel kaynaklara yönlendirmelidir (71).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Kronik Ruhsal Bozukluğu tanısı olan bireylerin ailelerinin; TRSM'den aldıkları hizmetler ile görüşlerinin incelenmesi ve bu görüşlerin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisini saptamak amacıyla tanımlayıcı tipte ve ilişki arayıcı (analitik) bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür ve veriler 12 Şubat-05 Temmuz 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Merkez 2013 yılı itibariyle uzman hekim, psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire, iş ve uğraşı terapisti, tıbbi sekreter, güvenlik, temizlik personeli ve çeşitli alanlardaki eğitmenleri ile hizmet vermeye başlamıştır. TRSM'nin temel amacı hizmet verdiği üç ilçede yaşayan; kronik ruhsal bozukluğu olan hastalara, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulabilmesi, sosyal rehabilitasyonlarının sağlanabilmesidir. Hizmetler yönergesinde belirlenmiş olan Tanı grubunda yer alan ve sosyal güvencesi olan tüm hastalar için ücretsizdir. Merkez üç katlı ve bahçe içerisindedir. Merkezde çalışmanın yapıldığı tarihte bir uzman doktor, bir psikolog, bir sosyal çalışmacı, bir iş ve uğraşı terapisi, bir tıbbi sekreter, bir güvenlik, bir temizlik personeli ve iki hemşire olmak üzere toplam 9 personel görev yapmaktaydı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan 379 tanı konulmuş birey olmakla beraber, bunlardan 79'u yalnız yaşayan ya da primer bakım vereni çalıştığı için görüşmeye gelemeyen bireyler olduğu için ve 27 birey çalışma sırasında başka bir yere taşındığı için kayıttan düşen aile üyeleri, çalışma sırasında araştırmanın kapsamı dışına alınmıştır. Belirtilen bu kişiler dışında kalan 273 birey araştırmanın evreni olarak belirlenmiştir.

Araştırma için örnekleme dahil etme kriteri olarak;

- Primer bakım verici olma,
- Türkçe bilme,
- Ruhsal bozukluk tanısı almamış olma, belirlenmiştir.

Örnekleme sayısı, evren sayısının bilindiği durumlarda %95 güven aralığı ve $\alpha=0,05$ hata temel alınarak hesaplandığında 160 olarak belirlenmiştir. Belirtilen kriterlere uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm aile üyeleri çalışmaya dahil edilmiştir. Bu bağlamda ulaşılan aile üyelerinden 16'sı TRSM'yi kullanmak istemediğini belirtmiş, 11 bireyin aile üyesi çalışmaya katılmaya gönüllü olmamış ve 14 bireyin aile üyelerine hiç ulaşılammıştır. 15 tanı almış bireyin aile üyesinin de tanısı olduğu belirlenerek çalışmanın kapsamı dışında kalmıştır. Bunlar dışında 74 aile üyesi ise gelmeyi bir sebeple sürekli ertelemiş olup görüşmeler yapılamamıştır. Özetle 130 bireyin ailesi ile görüşme yapılamamış olup araştırmanın verileri 143 tanı almış bireyin aile üyelerinden elde edilmiştir. Hedeflenen örnekleme sayısına %89,3 oranında erişilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan; Kişisel Bilgi Veri Toplama Formu (Ek 1), Bakım Verme Yükü Ölçeği (Ek 2), Sosyal Destek İndeksi (Ek 3) ve Arkaba ve Arkadaş Desteği İndeksi (Ek 4) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Veri Toplama Formu(Ek-1)

Literatür taraması sonucu kişisel bilgi veri toplama formu yedi çoktan seçmeli, bir açık uçlu ve 26 kapalı uçlu olmak üzere toplam 34 sorudan oluşan bir formdur (Ek 1). Bu formda aile üyesinin yaşı, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, ne kadar süredir hasta ile ilgilendiği, günde ortalama ne kadar zaman geçirdiği, kronik hastalıkları ve başka bir bireye bakım verip vermediği ile ilgili sorular yer almaktadır. Hasta ile ilgili olarak ise tanı, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvencesi, hobisi, toplam hastaneye yatış sayısı, ne

kadar süredir tanı almış olduğu, alkol-madde kullanım öyküsü ve psikiyatrik tanısı yer almaktadır.

Aile üyelerinin TRSM'yi kullanma durumları ile ilgili olarak ne sıklıkla TRSM'yi kullandıkları, hangi sebeplerle TRSM'ye geldikleri, düzenli kullanıp kullanmadıkları, yarar ve fayda sağlayıp sağlamadıkları ile ilgili çoktan seçmeli sorular ve herhangi bir beklenti/öneri/istekleri olup olmadığının sorulduğu açık uçlu bir adet soru bulunmaktadır. Bu form ile ailenin TRSM hakkındaki ne düşündüğü, TRSM'yi kullanım konusundaki yararlılık ve engel algısı, TRSM ile ilgili farkındalığı gibi konuların açıklanması ve anlaşılması hedeflenmiştir(3, 6, 31, 33, 72, 73).

3.4.2. Bakım Verme Yükü Ölçeği(Ek-2)

Bakım Verme Yükünün (Burden Interview) ölçülmesinde Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilen Bakım verme yükü ölçeği kullanılmıştır (EK-II) (74).

Bakım Verme Yükü Ölçeği 2008 yılında İnci ve Erdem tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0'dan 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılık katsayısının 0.95, test-tekrar test değişmezlik katsayısının 0.90 olduğu belirtilmiştir (75). Bizim çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alpha) 0,92 olarak bulunmuştur.

3.4.3.Ailede Yenilenme ve Uyum Genel İndeksi

Hamilton McCubbin (1987) tarafından geliştirilen Ailede Yenilenme ve Uyum Genel İndeksi [Family Index of Regenerativity and Adaptation-General (FIRA-G)] "Ailenin Strese Alışma ve Uyumunda Dayanma Gücü Modeli"nin ana boyutlarını test etmede kullanılabilen güvenilirliği ve geçerliliği sağlanmış olan, kısaltılarak yeniden

yapılandırılmış bir indekstir. Bu indeksin yeniden yapılandırılmasında daha önce geliştirilmiş olan bazı indekslerin içindeki maddelerden yararlanılmıştır. İndeks yedi farklı ölçeğin tek bir indeks altında toplanması ile oluşturulmuştur. Kapsamında aile stresörleri, aile gerginliği, akraba ve arkadaş desteği, sosyal destek, aile baş etme-uyumu, aile dayanıklılığı ve aile distressi bulunmaktadır. İndeksin Türkçe uyarlama ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması İnci ve Bayık Temel (2013) tarafından yapılmıştır. Bu indexin toplam puanı yoktur. Geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasında her bir alt indexin ayrı ayrı kullanılabileceği belirtilmektedir (76). Bu nedenle, bu çalışmada araştırmanın amacına uygun olan bakım yükünü ve TRSM kullanımını etkileyecek olan sosyal destek indexi ile akraba ve arkadaş desteği indexi kullanılmıştır.

3.4.3.1. Sosyal Destek İndeksi (Ek 3)

Sosyal Destek indeksi, toplumun ağ desteği, saygı ve duygusal destek sağlayabildiğini hissetme, toplumu destek kaynağı olarak görme ve ailelerin toplumla bütünleşme derecelerini gösteren 17 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde kesinlikle katılmıyorum (0), katılmıyorum (1), ne katılıyorum ne katılmıyorum (2), katılıyorum (3), kesinlikle katılıyorum (4) şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçeğin 7., 9., 10., 13., 14. ve 17. maddeleri ters puanlandırılmaktadır. Toplam puan ne kadar yüksekse bireyin sosyal destek algısının da o kadar yüksek olduğu anlamına gelmektedir. İndeksten en az 0, en fazla 68 puan alınabilmektedir. Bu çalışmada indeksten alınan en az puan 0, en fazla puan ise 62 olarak bulunmuştur. Sosyal Destek İndeksi'nin Cronbach alfa katsayısı 0.82, geçerlilik katsayısı 0.80'dir. Türkçe uyarlama çalışmaları İnci ve Bayık Temel tarafından 2013 yılında yapılan indeksin iç tutarlılığı 0.88 olarak bulunmuştur (83). Bizim çalışmamızda iç tutarlılık 0,60 olarak bulunmuştur.

3.4.3.2 Arkaba ve Arkadaş Desteği İndeksi (Ek 4)

Akraba ve arkadaş desteği ailenin kendi stres ve zorluklarını yönetmek için kullandığı stratejilerden biridir. Akraba ve Arkadaş Desteği İndeksi, ailenin problem çözümünde akraba ve arkadaş desteği algısının derecesini gösteren sekiz madde içermektedir. Her bir madde kesinlikle katılmıyorum (1), katılmıyorum (2), ne katılıyorum ne katılmıyorum (3), katılıyorum (4), kesinlikle katılıyorum (5) şeklinde puanlandırılmaktadır. İndeksten en az 8, en fazla 40 puan alınabilmektedir. Toplam puanın yüksek olması akraba ve arkadaş destek algısının da o kadar yüksek olduğu

anlamına gelmektedir. Bu çalışmada indeksten alınan en az puan 0, en fazla puan ise 32 olarak bulunmuştur. İndeksin Cronbach alfa katsayısı 0.82-0.89 ve geçerlilik katsayısı 0.99'dur. İndeksin Türkçe uyarlama çalışmaları 2013 yılında İnci ve Bayık Temel tarafından yapılmıştır. İndeksin iç tutarlılığı 0.85 olarak bulunmuştur (83). Bizim çalışmamızda iç tutarlılık 0,78 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin toplanması

Veriler, TRSM'ye kayıtlı hasta aileleri telefon ile aranılıp merkeze davet edilerek; gelemeyecek hasta yakınlarına ya telefonda ya da ev ziyareti yapılarak; ve merkeze gelen aile üyelerine doğrudan orada ulaşılarak toplanmıştır. Aile üyelerine görüşmenin amacı anlatılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden ailelerden onam alınarak anket formları uygulanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından TRSM görüşme odalarında ya da ev ziyaretlerinde yüz yüze görüşme ile doldurulmuştur. Telefon aracılığı ile yapılan görüşmeler ise ailelerin bildikleri TRSM dahili hattından aranarak, sözel onam alındıktan sonra yapılmıştır. Görüşme süresi her aile bireyi için ortalama kırk dakika sürmüştür.

3.6. Araştırma Planı

Literatür araştırması ve Kavramsal Çerçevenin Oluşturulması: Mayıs-Kasım 2017

Etik kurul onayı: Aralık 2017- Ocak 2018

Kurumdan izin alınması: Ocak - Şubat 2018

Verilerin toplanması: 12 Şubat 2018 – 05 Temmuz 2018

Verilerin değerlendirilmesi: Temmuz-Aralık 2018

Araştırma raporunun yazılması: Ocak-Temmuz 2019

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri girişi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Science for Windows) 24.00 programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri, Sosyal destek, Bakım yükü puanıdır. Bağımsız değişkeni ise TRSM'den alınan hizmet ile ilgili görüşler oluşturmaktadır.

Verilerin analizinde ailedeki bakım verene ve hastaya özgü sosyo-demografik değişkenler ve ailenin TRSM’ni kullanım durumları ile ilgili psikiyatri hizmetlerinin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımı kullanılmıştır. Tanı almış birey ve ailelerin özelliklerine göre ailelerin hizmetleri kullanma durumlarının, yük algısı ve sosyal destek ilişkisinin karşılaştırılmasında t-testi, Oneway ANOVA, korelasyon analizi ve logistik regresyon analizi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden aile üyelerinin görüşleri ile sınırlıdır. Çalışmanın tek merkezli olması ve kabul etmeyenlerin görüşlerinin bulgulara yansımamış olması genellemede sınırlılık yaratabilir.

3.9. Etik Boyut

Araştırma protokolü Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve 04.01.2018 tarih ve 2018.016.IRB3.016 karar no ile onaylanmıştır (Ek-6/7).

Araştırmanın yapıldığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nin bağlı bulunduğu Sağlık Bakanlığı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri bölümü ile ilgilenen baş hekim yardımcısı (12.02.2018) ve psikiyatri kliniği idari sorumlusundan (05.02.2018) yazılı izin alınmıştır (Ek-8).

Çalışmaya alınacak hasta yakınlarına çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek, çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı onam (Ek-5) ve telefon ile ulaşılan kişilerden sözel onam alınmıştır. Bireylere ulaşırken kişisel telefon kullanılmamış kurum telefonundan aramalar yapılmıştır. Bireylere kişisel bilgilerinin çalışma raporunda kullanılmayacağı ve diledikleri zaman çalışmadan ayrılacakları görüşmeye başlamadan önce belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırma örnekleme alınan 150 aile üyesinin ve 143 tanı almış bireyin tanıtıcı bilgileri ve aile üyelerinin TRSM'den aldıkları hizmetler ile görüşleri ve bu görüşlerin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisini gösteren bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri (n:150)

Sosyo-demografik özellikler	n	%
Yaş		
23-40	16	10,7
41-50	25	16,7
51-60	43	28,7
61-70	52	34,7
71-90	14	9,3
Cinsiyet		
Kadın	98	65,3
Erkek	52	34,7
Öğrenim Durumu		
Örgün eğitim yok	14	9,4
İlkokul	62	41,3
İlköğretim	18	12,0
Lise	33	22,0
Üniversite	23	15,4
Medeni Durum		
Bekar	23	15,3
Evli	104	69,3
Dul	16	10,7
Ayrı	7	4,7
Çalışma Durumu		
Düzenli bir işi var	35	23,3
Düzenli bir işi yok	115	76,7
Geçim Kaynağı		
Maaşı olan	145	96,7
Bireysel/sosyal yardım	5	3,3
Hastaya yakınlık durumu		
Anne	58	38,7
Baba	27	18,0
Kardeş	31	20,7
Eş	22	14,7
Çocuk	7	4,7
Diğer	5	3,3
Kronik hastalık durumu		
Yok	81	54,0
Var	69	46,0

Tablo 1’de aile üyelerinin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Aile üyelerinin %34,7’si 61-70 yaş aralarında (Yaş Ortalaması $56,98 \pm 12,05$), %65,3’ü kadın, %41,3’ü ilkokul mezunu, %69,3’ü evlidir. Aile üyelerinin %76,7’sinin düzenli bir işi olmadığı ve ancak %96,7’sinin maaşı olduğu görülmüştür. Aile üyelerinin %38,7’si bireyin annesidir. Diğer olarak belirtilenler yenge, enişte, hala ve amcağı içermektedir. Aile üyelerinin %54’ü herhangi bir kronik hastalığa sahip olmadığını belirtmiştir. Kronik hastalığı olanlara hastalıkları sorulduğunda Hipertansiyon (HT), Kalp Yetmezliği, Diyabetes mellitus (DM) başta olmak üzere kanser ve inme gibi tanılarının olduğu öğrenilmiştir.

Tablo 2. Aile üyelerinin bakım verme ile ilgili özellikleri (n=150)

	n	%
Tanı almış birey ile kaç yıldır yaşıyor		
Birlikte yaşamayan	16	10,7
3-10 yıl	11	7,3
11-30 yıl	46	30,7
31-60 yıl	77	51,3
Günde ortalama birlikte geçirilen süre		
Haftada 1-2kez	16	10,7
Günde 1-10 saat	35	23,3
Günde 11 saatten fazla	99	66,0
Tedavi ve bakımını üstlendiği kişiler		
Yalnızca hasta	97	64,7
Tanı almış birey ve diğer bir hasta aile üyesi	34	22,7
Tanı almış birey ve küçük çocuk	19	12,7

Tablo 2’de aile üyelerinin bakım verme ile ilgili özellikleri gösterilmiştir. Aile üyelerinin %51,3’ü 30 yıldan fazladır tanı almış birey ile birlikte yaşamakta, %66’sı günde 11 saatten fazla birey ile zaman geçirmektedir. Aile üyelerinin %64,7’si sadece hasta ile ilgilenmektedir; %22,7’si ailede bir başka bireyin daha bakımını üstlendiğini belirtmiştir.

Tablo 3. Tanı almış bireylerin sosyo-demografik özellikleri (N=143)

	n	%
Yaş		
19-30	21	14,7
31-40	39	27,3
41-50	52	36,4
51-60	21	14,7
61-78	10	7,0
Cinsiyet		
Kadın	54	37,8
Erkek	89	62,2
Medeni durum		
Bekar	89	62,2
Evli	29	20,3
Dul	22	15,4
Ayrı	3	2,1
Eğitim durumu		
Örgün eğitim yok	12	8,4
İlkokul	40	28,0
İlköğretim	26	18,2
Lise	41	28,7
Üniversite	24	16,8
Çalışma durumu		
Düzenli bir işi var	25	17,5
Düzenli bir işi yok	118	72,5
Geçim kaynağı		
Maaş	36	25,2
Bakım parası	8	5,6
Emekli	33	23,1
Aile bakıyor	66	46,2
Hobi*		
Var	26	18,2
Yok	117	81,8

* Kişinin asıl işi dışında, dinlendirici bir iş olarak yaptığı, oyalayıcı şey, uğraşı.

Tablo 3'te tanı almış bireylerin sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Yaş ortalaması $42,52 \pm 11,78$ 'dir ve %36,4'ü 41-50 yaş aralığındadır; %62,2'si erkek ve bekar. İlkokul mezunu olanların oranı %28 ve lise mezunu olanların oranı %28,7 ve üniversite mezunu olanların oranı %16,8'dir. Tanı almış bireylerin %72,5'inin düzenli bir işi yoktur ve %46,2'sine ailesi bakmaktadır. Tanı almış bireylerin %81,2'sinin herhangi bir hobisi yoktur. Hobisi olanların hobileri sorgulandığında enstrüman çalmak, spor yapmak, bahçe işleri ve el sanatları ile uğraşmak, kitap

yazmak, tavra oynamak, kuş beslemek, HAT yazısı yazmak, folklor oynamak, yap-boz yapmak, bulmaca çözmek ve yoga yapmak gibi cevaplar alınmıştır.

Tablo 4. Tanı almış bireylerin **hastalıkla ilişkili özellikleri (N=143)**

	n	%
Tanı		
İki uçlu ve ilişkili bozukluklar (Bipolar)	38	26,6
Şizofreni açılımı kapsamında olan psikotik bozukluklar	105	73,4
Hastalığın başlangıç yaşı		
18 ve altı	42	30,2
19-25	54	38,8
26-40	35	25,2
41 ve üzeri	8	5,8
Yatış sayısı		
Hiç yatış yok	26	18,2
1 kez	29	20,3
2 kez	20	14,0
3-4 kez	27	18,9
5-9 kez	20	14,0
10-15 kez	14	9,8
16 ve üzeri	7	4,9
Alkol-madde kullanımı		
Yok	127	88,8
Var	16	11,2
Sigara kullanımı		
Yok	71	49,7
1/2 pkt/günde	13	9,1
1-2 pkt/günde	37	25,9
3-4 pkt/günde	22	15,4
Başka bir kronik hastalık		
Yok	101	70,6
Var	42	29,4

Tablo 4'te tanı almış bireylerin hastalıkla ilişkili özellikleri verilmiştir. Tanı almış bireylerin %73,4'ünün tanısı şizofreni açılımı kapsamında olan psikotik bozukluktur. Aile üyelerine bireyin psikiyatrik hastalıklarının başlama yaşı sorulduğunda, %38,8'i 19-25 aralığında, %30,2'si ise 18 yaş altında başladığını belirtmişlerdir.

Tanı almış bireylerin %51,4'üne hemen tanı konurken, %25,7'sine uzun süre takip sonrası tanı konulabilmiştir. Bireylerin %18,2'si hiç hastaneye yatmamış; %22,3'ü ise bir kez yatmıştır; %88,8'inde alkol kullanımının ve % 49,7'sinde sigara

kullanımının olmadığı bildirilmiştir. Ayrıca, %29,4'ünde psikiyatrik tanıların yanında DM, HT, Astım ve Kalp Yetmezliği gibi farklı bir kronik hastalık tanıları olduğunu da belirtilmiştir.

Tablo 5. Tanı almış bireylerin TRSM'yi kullanma durumları (N=143)

	n	%
Bireyin Kaç yıldır TRSM'ne kayıtlı olduğu		
3ay-1yıl arası	18	12,6
1 yıl	17	11,9
2 yıl	40	28,0
3 yıl	30	21,0
4 yıl	38	26,6
Bireyin TRSM'ne gitme sıklığı		
Haftada 3-4 kez	25	17,5
15 günde bir	35	24,5
Ayda bir	41	28,7
Hiç gelmedi	15	10,5
İhtiyaç duyduğunda geliyor	27	18,9
Bireyin TRSM'ne gitme nedenleri*		
İlaç yazdırma	98	68,5
El sanatlarına katılım	21	14,7
Birileriyle sohbet etme	32	22,4
Bilinçlenme/bilgilenme	74	51,7
Spor yapma	15	10,5
Evden çıkma	18	12,6
Yemek yemek için	26	18,2
Arkadaşlarıyla buluşma	20	14,0
Evde durmamak için	17	11,9
Enjeksiyon için	31	21,7
Grup eğitimlerine/eğlence/gezi	27	18,9
Bireyin TRSM'ni düzenli kullanımı ile ilgili aile üyesinin görüşü		
Evet, düzenli kullanıyor	36	24,0
Hayır, düzenli kullanmıyor	114	76,0

*Sadır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 5'de tanı almış bireyin aile üyesi tarafından bildirilen TRSM'ne kayıtlı olma, kullanma sıklığı ve kullanım nedenleri gösterilmiştir. Bireylerin çoğunluğunun 2 yıl ve daha uzun süredir TRSM'ne kayıtlı olduğu görülmektedir; %26,6'sı 4 yıldır kayıtlıdır. Bireylerin %28,7'si TRSM'ne ayda bir kez giderken, %10,5'inin hiç gitmediği görülmüştür. Aile üyeleri, %68,5'i bireylerin TRSM'ni ilaç yazdırmak için, %51,7'si de bilgilenmek için kullandığını ifade etmiştir. Aile üyelerinin %76'sı tanı almış bireyin TRSM'ni düzenli kullanmadığını düşünmektedir.

Tablo 6. Aile Üyelerinin TRSM’ni kullanma durumları ile ilgili özellikler (N=150)

	n	%
Aile Üyesinin TRSM’ne gitme sıklığı		
Haftada 3-4 kez	7	4,7
15 günde bir	14	9,3
Ayda bir	19	12,7
Hiç gelmedi	23	15,3
İhtiyaç duyduğunda geliyor	68	45,3
Kayıt esnasında	5	3,3
6 ayda-bir yılda gelen	14	9,3
Aile Üyesinin TRSM’ne gitme nedenleri		
İlaç yazdırma	59	39,3
Bilinçlenme/bilgilenme	57	38,0
Grup eğitimlerine katılma	2	1,3
TRSM’den çağrılmış olma	31	20,7
Doktor ile görüşmek	57	38,0
Hastanın danışmanı ile görüşmek	78	52,0
Hastamı götürmek için	76	50,7
TRSM’yi düzenli kullanmama durumu ile ilgili sebepler		
Tanı almış birey ile ilgili:		
Yardımsız/Tek başına evden çıkamıyor	19	12,7
Ulaşım zorluğundan dolayı tek gidemiyor	18	12,0
TRSM sorularına ve gereksinimlerine yanıt veremiyor	7	4,7
TRSM’nde vakit geçirmekten sıkılıyor	48	32,0
Evden çıkmak istemiyor	37	24,7
TRSM’nin hastalığına faydası olacağını düşünmüyor	14	9,3
Çalışıyor	23	15,3
TRSM’deki bireyleri kendinden daha kötü buluyor	28	18,7
Aile Üyesi ile ilgili:		
Ulaşım zorluğundan dolayı hep benim götürmem gerekiyor	18	12,0
TRSM sorularına ve gereksinimlerime yanıt veremiyor	3	2,0
Dışarda ve TRSM’nde tek başına kalamaz	14	9,3
TRSM’nde onunla kalmaya zamanım yok	28	18,7
Birlikte TRSM’e gittiğimde sıkılıyorum	20	13,3

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 6’da aile üyelerinin TRSM’ni kullanma durumları verilmiştir. Aile üyelerinin %45,3’ü ihtiyaç duyduğunda kullandığını belirtmiştir. Yaklaşık olarak dörtte biri ayda en az birkez gittiğini beyan ederken %15,3’ü hiç gitmediğini beyan etmiştir. Aile üyelerinin TRSM’ne gelme nedeni en fazla tanı almış bireyin danışmanı ile görüşmek (%52) ve bireyi getirme (%50,7) olarak beyan edilmiştir. Aile üyelerine göre bireylerin %32’si TRSM’nden sıkıldığı için, %22’si yorgun /bitkin olduğu ve genelde evde uyuduğu için, %18,7’si ise TRSM’deki diğer bireyleri kendilerinden daha kötü buldukları için TRSM’ne gitmek istemediklerini beyan etmiştir. Kendilerinin düzenli gitmeme sebebi olarak ise %18,7’si TRSM’nde bireyle kalmaya vaktinin olmadığını, %13,3’ü ise TRSM’nde sıkıldığı için gelmediğini dile getirmiştir.

Aile üyelerinin sadece %2'si TRSM gereksinimlerime ve sorularıma yanıt vermiyor diye cevaplamıştır.

Tablo 7. Aile Üyelerinin TRSM'nin yararlılığı ile ilgili görüşleri (N=150)

	n	%
TRSM'ye düzenli olarak gitmenin bireye sağlayacağı yararlar nelerdir?		
Hastalık belirtilerini azaltır	51	34,0
Hastanın kendine güvenini artırır	51	34,0
Hastanın daha az atak geçirmesini sağlar	42	28,0
Hastanın çevresi ile ilişkilerinin daha iyi olmasını sağlar	43	28,7
Hastalığının ilerlemesini önler	41	27,3
Hastanın yeni arkadaşlar edinmesini sağlar	50	33,3
Hastanın daha kolay işe girmesini sağlar	24	16,0
Evde bana bağımlılığı azalır	35	23,3
Tedavisini ve ilaçlarını kendisi takip edebilir	48	32,0
Evde ve başka insanlarla çatışmaları azalır	17	11,3
Birey TRSM'den fayda sağladı mı?		
Evet	98	65,3
Hayır	102	34,7
Hastalık belirtileri azaldı	69	4,6
Kendine güveni arttı	41	27,3
Daha az atak geçiriyor	43	28,7
Hastaneye daha az yatıyor	35	23,3
İlişkileri daha iyi oldu	53	35,3
Yeni arkadaşlar edindi	28	18,7
İşe girdi/ işine geri döndü	9	6,0
Bana bağımlılığı azaldı	15	10,0
Tedavisini ve ilaçlarını kendisi takip ediyor	37	24,7
Evde ve başka insanlarla çatışmaları azaldı	34	22,7
Bireyin TRSM'ye gidiyor olması aile üyesine fayda sağladı mı?		
Evet	103	68,7
Hayır	47	31,3
Evde çatışmalar azaldı	16	10,7
Sosyal etkileşimlerime zaman ayırabiliyorum	15	10,0
Yapmam gereken işleri daha kolay yapabiliyorum	13	8,7
Kendime daha fazla zaman ayırabiliyorum	13	8,7
Sağlık problemlerim azaldı	10	6,7
Kendimi daha güçlü hissediyorum	92	61,3
Daha az yardıma ihtiyaç duyuyorum	90	60,0
Aklım hastamda kalmıyor	18	12,0
Sıra bekleme derdinden kurtulduk	15	10,0

***Satır yüzdesi alınmıştır.**

Tablo 7'de aile üyelerinin TRSM'nin düzenli kullanılması durumunda sağlayacağı yararlar ve sağlanmış olduğu faydalar ile ilgili görüşleri yer almaktadır. TRSM düzenli bir şekilde kullanılırsa aile üyelerinin %34'ü hastalık belirtilerinin

azalacağını ve bireyin kendine güveninin artacağını; %33,3'ü bireyin yeni arkadaşlar edineceğini ve %32'si de bireyin tedavisini ve ilaçlarını kendisinin takip edebileceğini düşünmektedir.

Yine hasta yakınlarına, hastanın TRSM'yi kullanmaya başladıktan sonra fayda sağlayıp sağlamadığı sorulduğunda %65,3'ü hastasının fayda sağladığını belirtmektedir. Açıklanması istenildiğinde ise %27,3'ü hastasının kendine güveninin arttığını, %28,7'si daha az atak geçirdiğini, %23,3'ü hastaneye daha az yattığını, %35,3'ü ilişkilerinin daha iyi olduğunu, %24,7'si tedavisini ve ilaçlarını kendisi takip ettiğini ve %22,7'si evde ve başka insanlarla çatışmaların azaldığını ifade etmiştir.

Aile üyelerinin %65'i bireyin TRSM'ne kayıtlı oldukları süre boyunca fayda sağladığını; 68,7'si ise bireyin TRSM'ne gidiyor olmasının kendilerine de fayda sağladığını düşünmektedir. Aile üyelerinin %61,3'ü kendini daha güçlü hissederken, %60'ı TRSM'ler açıldıktan sonra daha az yardıma ihtiyaçları olduğunu belirtmiştir.

Tablo 8. Birey ve Aile üyelerinin TRSM'ni kullanma ve faydalanma durumlarının karşılaştırması

	Bireyin faydalanma durumu		Aile üyesinin faydalanma durumu	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
	N %**	N %	N %	N %
Bireyin TRSM'ni kullanma durumu				
Düzenli	79 78,2	22 21,8	78 77,2	23 22,8
Düzensiz	15 35,7	27 64,3	20 47,6	22 52,4
X^2 p*	X^2 :23,79 < 0,001		X^2 :12,05 < 0,001	
Aile üyesinin TRSM'yi kullanma durumu				
Düzenli	28 70,0	12 30,0	22 55,0	18 45,0
Düzensiz	70 63,6	40 36,4	81 73,6	29 26,4
X^2 p*	X^2 :0,52 > 0,56		X^2 :4,73 < 0,04	

Ki-Kare testi

Tablo 8'de birey ve aile üyelerinin TRSM'ni kullanma ve faydalanma durumlarının karşılaştırılması verilmiştir. Tanı almış bireylerin TRSM'ni düzenli kullandığını beyan edenlerin %78,2'si bireyin fayda sağladığını; kendisinin düzenli kullandığını söyleyenlerin %77,2'si de kendisinin de yarar sağladığını beyan etmiştir.

TRSM'ni düzenli kullanma durumu ve yararlanma hakkındaki görüşleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Bireyin düzenli kullanımını belirten aile üyelerinin hem birey hem de kendileri için fayda ifade etme oranı diğer gruptan daha yüksektir ($p<0.05$). Aile üyelerinin kendi kullanımlarını düzenli ya da düzensiz olarak değerlendirmeleri ile bireyin faydalanma durumu hakkındaki görüşleri arasında fark yokken, kendilerinin düzensiz kullandığını söyleyen grubun %73,6'sı TRSM'den fayda sağladığını belirtmiştir ($p<0.05$).

En az haftada 3 kez TRSM'ni kullanan tanı almış bireyin düzenli olarak TRSM'ni kullandığı kabul edilirken, aile üyesinin en az ayda bir kez gidiyor olması düzenli olarak TRSM'ni kullanıyor kabul edilmiştir.

Tablo 9. Birey ve aile üyesinin sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile hasta yakınının TRSM'ni kullanma ve faydalanma durumlarının karşılaştırması

Birey ve aile üyesi ile ilgili özellikler	Aile Üyesinin TRSM'ni kullanma durumu				Aile Üyesinin TRSM'den faydalanma durumu			
	Düzenli		Düzensiz		Evet		Hayır	
	N	%**	N	%	N	%	N	%
Günde ortalama geçirilen süre								
Haftada 1-2kez	5	12,5	11	10	3	6,4	13	12,6
Günde 1-10 saat	3	7,5	32	29,1	9	19,1	26	25,2
Günde 11 saatten fazla	32	80	67	60,9	35	74,5	64	62,1
Toplam	N	%*						
	40	26,6	110	73,4	47	31,4	103	68,6
	X²: 7,65		p:0,02		X²:2,43		p:0,29	

*Satır yüzdesi, ** Sütun yüzdesi, alınmıştır.

Aile üyesi ve tanı almış bireyin sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile aile üyesinin TRSM'ni kullanma ve faydalanma durumları karşılaştırılmıştır. Aile üyelerinin ve bireyin sosyodemografik özellikleri ile TRSM'den faydalanma ve kullanma özellikleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığından tabloda gösterilmemiştir. Karşılaştırmada sadece birey ile ortalama geçirilen süre ile aile üyesinin TRSM'ni kullanma durumu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). TRSM'ni düzensiz kullandığını belirten aile üyelerinin %60,9'u birey ile günde 11 saatten fazla zaman geçirmektedir.

Tablo 10. Aile üyelerine ait özellikler ile bakım yükü, sosyal destek ve akraba ve arkadaş desteği puan ortalamalarının karşılaştırması

Hasta yakınının özellikleri		Bakım Verme Yükü Ölçeği	Sosyal Destek İndeksi	Akraba ve Arkadaş Desteği İndeksi
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet	Kadın	53,17±20,15	40,39±7,17	26,17±7,36
	Erkek	47,49±19,58	43,35±7,49	27,65±6,82
		t:1,57 p:0,11	t:-2,36 p: 0,01	t:-1,20 p:0,23
Öğrenim durumu	Örgün eğitim yok	56,86±19,92	36,50±10,18	25,29±8,99
	İlkokul	55,65±19,80	41,65±7,22	28,44±5,85
	İlköğretim	46,94±19,36	41,28±5,74	27,33±7,29
	Lise	51,64±18,11	42,12±7,27	25,39±8,05
	Üniversite	39,17±19,87	42,87±6,61	24,17±7,26
			F:3,53 p: 0,009	F:1,90 p:0,11
Medeni durum	Bekar	54,15 ±19,24	41,52±6,33	27,17±7,64
	Evli	50,05±20,37	41,37±7,85	27,80±6,72
		t:1,15 p:0,24	t:0,11 p:0,90	t:-2,91 p: 0,004
Hastaya yakınlık durumu	Anne	54,16±18,94	39,84±7,86	26,19±7,42
	Baba	47,67±18,03	45,11±7,67	28,26±6,77
	Kardeş	48,55±21,05	41,94±5,95	27,58±7,10
	Eş	54,32±21,81	40,73±7,07	26,77±7,46
	Çocuk	50,57±27,54	38,43±7,27	22,57±5,82
	Diğer	42,80±20,00	43,60±3,84	23,80±7,43
		F:0,80 p:0,54	F:2,35 p: 0,04	F:1,03 p:0,40
Kronik hastalıkları	Yok	47,40±19,84	41,65±7,00	27,27±6,17
	Var	55,90±19,46	41,13±7,88	26,00±8,22
		t:-2,63 p: 0,009	t:0,43 p:0,66	t:1,07 p:0,28
Tedavi ve bakımını üstlendiği kişiler	Yalnızca Tanı almış birey	47,37±19,20	41,38±7,46	26,87±7,13
	Tanı almış birey ve küçük çocuk	53,42±22,97	41,26±8,08	25,32±6,21
	Birey ve diğer hasta aile üyesi	61,35±17,43	41,59±7,03	26,94±7,95
			F:6,71 p: 0,002	F:0,01 p:0,98

t: t-testi F: ANOVA

Tablo 10’da aile üyelerine ait özellikler ile bakım yükü, sosyal destek ve arkadaş desteği puan ortalamalarının karşılaştırılmıştır. Aile üyesinin öğrenim durumu, kronik hastalıkları ve bakımını üstlendiği kişiler ile bakım verme yükü puanı arasında; cinsiyeti ve bireyle yakınlık durumu ile sosyal destek indeksi puanı arasında; medeni durumu ile akraba ve arkadaş desteği indeksi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Yapılan post-hoc tests (Tukey HSD) sonucu erkek aile üyelerinin sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu, en çok yükü ilköğretim mezunlarının yaşadığı ve üniversite mezunlarına göre farklılaştığı, evli olanların akraba ve arkadaş desteğinin daha fazla olduğu, babaların sosyal destek puanları yüksek olduğu ve annelere göre farklılaştığı saptanmıştır. Bakım vericinin kendi hastalığının da olması daha fazla yük oluşturduğu bulunmuştur. Aile üyesinin diğer bir hasta aile üyesine daha bakıyor olması yükü artıran faktör oluştururken, hasta dışında küçük bir çocuğa bakıyor olması yükü artıran bir faktör olarak saptanmamıştır.

Aile üyelerinin diğer özellikleri ile bakım yükü, sosyal destek ve akraba ve arkadaş desteği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç ulaşılamamıştır.

Tablo 11. Hastaya ait özellikler ile bakım yükü, sosyal destek ve akraba ve arkadaş desteği puan ortalamalarının karşılaştırması

Hastaya ait özellikler		Bakım Verme Yükü Ölçeği	Sosyal Destek İndeksi	Akraba ve Arkadaş Desteği İndeksi
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Hastanın yatış sayısı	Hiç yatış yok	49,42±23,09	42,19±7,77	28,27±6,45
	1 kez	50,38±21,37	41,31±6,82	27,72±7,19
	2 kez	41,10±16,98	41,10±8,27	28,45±6,52
	3-4 kez	48,52±17,95	41,56±6,82	24,15±7,68
	5-9 kez	60,85±20,67	39,90±8,49	26,55±7,17
	10-15 kez	61,71±11,68	43,29±5,81	26,86±7,34
	16 ve üzeri	56,86± 22,90	37,86±8,05	21,43±7,27
		F:2,54 p:0,02	F:0,60 p:0,72	F:1,70 p:0,12
Hobi	Var	38,73±21,94	41,54±6,28	27,08±8,11
	Yok	54,27±18,98	41,26±7,62	26,61±7,11
		t:-3,66 p:0,001	t:0,17 p:0,86	t:0,29 p:0,76

t: t-testi F: ANOVA

Tanı almış bireye ilişkin özellikler ile bakım yükü, sosyal destek ve akraba ve arkadaş desteği puan ortalamalarının karşılaştırılmış olup istatistiksel farklılık görülen yatış sayısı ve hobi olması durumu Tablo 11’de gösterilmiştir. Hastanın hobisinin olup olmaması ve hastanın yatış sayısı ile bakım yükü arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan post-hoc tests (Tukey HSD) sonucunda 5 ve daha fazla sayıda hastaneye yatış sayısı olması ile 2 kez yatış olanların bakım yükü puanları istatistiksel olarak farklıdır. Yatış sayısı beşden fazla olan ailelerde bakım yükü puanı daha yüksektir.

Tanı almış birey ile ilgili diğer özellikler ile bakım yükü, sosyal destek ve akraba ve arkadaş desteği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 12. Bireyin TRSM’ni kullanma ve faydalanma durumu ile bakım yükü, sosyal destek ve arkadaş desteği puan ortalamalarının karşılaştırması

	Tanı almış bireyin TRSM’ni kullanma durumu		Tanı almış bireyin TRSM’den faydalanma durumu	
	Düzenli	Düzensiz	Evet	Hayır
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Bakım Verme Yükü Ölçeği	48,79±20,30	57,83±19,33	48,91±20,43	55,83±18,71
	t:-2,45	p:0,01	t:2,03	p:0,04
Sosyal Destek İndeksi	41,40±7,28	41,12±7,68	41,20±7,67	41,81±6,92
	t:0,20	p:0,83	t:0,47	p:0,63
Akraba ve Arkadaş Desteği İndeksi	26,76±7,17	26,52±7,62	26,08±7,25	27,83±7,00
	t:0,17	p:0,85	t:1,41	p:0,15

t: t-testi

Tablo 12’de bireyin TRSM’ni kullanma ve faydalanma durumunun; bakım yükü, sosyal destek ve arkadaş desteği puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Bireyin TRSM’ni kullanma ve faydalanma durumu ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bireyin TRSM’ni düzensiz kullandığını ve faydalanmadığını söyleyenlerde bakım yükü puanı diğerlerine göre anlamlı derecede yüksektir. Tanı almış bireyin TRSM’ni kullanma ve faydalanma durumu ile sosyal destek index puanı ve akraba-arkadaş desteği puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Aynı karşılaştırma aile üyesinin TRSM’yi kullanma ve faydalanma durumları ile da yapılmış ancak anlamlı bir fark bulunamamıştır($p>0.05$).

Tablo 13. Bakım Verme Yükü Puanı, Sosyal Destek İndeksi ve Akraba ve Arkadaş Desteği İndeksi Puanlarının Karşılaştırması

	Sosyal Destek İndeksi	Akraba ve Arkadaş Desteği İndeksi	Hastaneye Yatış Sayısı
Bakım Verme Yükü	r:-0,07 p: 0,34	r: 0,05 p: 0,51	r: 0,18 p: 0,02
Sosyal Destek İndeksi		r: 0,33 p: 0,01	r:-0,07 p: 0,35
Akraba- Arkadaş Desteği İndeksi			r:-0,19 p: 0,02

Tablo 13’ de Bakım Verme Yükü, Sosyal Destek, Akraba-Arkadaş Desteği ve hastanın yatış sayısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Bakım verme yükü ile sosyal destek ve akraba-arkadaş desteği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Sosyal destek ile akraba-arkadaş desteği arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca hastaneye yatış sayısı ile bakım yükü arasında zayıf pozitif yönde, akraba-arkadaş desteği arasında zayıf negatif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Aile üyelerine son olarak ‘TRSM ile ilgili bir beklenti/isteğiniz/öneriniz var mıdır?’ diye sorulduğunda pek çok cevap alınmış ve bu cevaplar istek sırasına göre gruplanmıştır;

- Aileleler kurumu toplu taşımaya uzak bulmakta olup daha merkezi konumda olmasının kullanımı artıracacağını düşünmekte ve bu durumla ilişkili olarak servis talep ettiklerini,
- Sosyal etkinliklerin artırılmasını (özellikle müzik),
- Hastalarına iş konusunda daha fazla destek verilmesini,
- Kurumun daha kapsamlı olmasını (yeteneğe ve gerekliliğe göre eğitim, yeşil ve daha ferah bahçeli bir ortam vb.),
- Tanı alan bireylerin yeterliliğine göre kalacakları ve aile olmadan da yaşayabilecekleri kurumların olmasını,
- Sıkı takip, gelişim çizelgesi ve sistemli hasta takibi olmasını,

- TRSM'nin okul gibi olmasını her gün düzenli gelinen bir yer olmasını,
- Maddi destek belediklerini,
- Ev hastalarına yönelik girişimlerin olmasını (saatlik terapiler vb),
- Hizmetlerin ihtiyaca yönelik olmadığı ve bireysel terapilerin artırılmasını,
- Minumum personel değişimini ve
- Ailenin sürece dahil edilerek düzenli bilgi paylaşımını (özellikle nasıl davranmaları konusunda çaresizlik hissetmekte) isterlerken,

Aile üyelerinin %7'si TRSM'yi mükemmel olarak tanımlamış ve ekstra hiçbir beklentilerinin olmadığını belirtmişlerdir.



5. TARTIŞMA

Kronik Ruhsal Bozukluğu olan bireylerin ailelerinin; TRSM'den aldıkları hizmetler ile ilgili görüşlerinin incelenmesi ve bu görüşlerin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisini saptamak amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür, hipotezler çerçevesinde tartışılmıştır.

4.1. Aile üyelerinin ve tanı almış bireyin sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile TRSM'ni kullanma ve faydalanma durumları

Çalışmaya katılan aile üyelerinin %38,7'si hastanın annesi, %34,7'si 61-70 yaş aralarında, %65,3'ü kadın, %41,3'ü ilkokul mezunudur. Düzenli bir işi olmadığını belirtenlerin oranı %76,7'dir ve %69,3'ü evlidir. Hasta yakınlarının %51,3'ü 30 yıldan fazladır hasta ile birlikte yaşamakta, %66'sı günde 11 saatten fazla hasta ile zaman geçirmektedir (Tablo 2). Bakım verenler ile ilgili çalışmalar incelendiğinde kadın olma ve anne olma özellikleri, düşük eğitim düzeyi ve ekonomik güçlük yaşama yaygın ve sık karşılaşılan örneklem özellikleridir (9, 37, 77, 78, 79).

Literatürde, bakım verenlerin daha çok aileden, iş sahibi olmayan kadınlar olduğu ve sıklıkla hastanın annesi, kız kardeşi ya da eşi olduğu ifade edilmektedir. Bulgular bütüncül olarak değerlendirildiğinde, farklı kültürlerde de olsa bakım vermenin kadına biçilen toplumsal bir rol olduğu görüşü ile, buna paralel olarak da çoğu kadının ev dışında düzenli bir işi olmaması ile ilişkili olduğu düşünülebilir (80).

Tanı almış bireylerin yaş ortalaması $42,52 \pm 11,78$ 'dir, %62,2'si erkek ve bekar. Eğitim düzeyleri düşüktür, çoğunluğunun işi yoktur ve neredeyse yarısına ailesi tarafından bakılmaktadır (Tablo 3). Hastaların %73,4'ünün tanısı şizofreni açılımı kapsamında olan psikotik bozukluk tanısı olduğu görülmüştür. Hastalığın başlama yaşı, %38,8'inde 19-25 aralığında, %30,2'sinde ise 18 yaş altındadır (Tablo 4). Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde de tanı almış bireylerde çoğunlukla şizofreni kapsamında yer alan psikotik bozukluk tanısının olduğu, hastalığın erken yaşta başlaması, eğitim düzeyindeki düşüklük, bekar olma ve bir işte çalışmıyor olma gibi özelliklerin çok yaygın olduğu dikkat çekmektedir (9, 81).

Literatürde hastaların en çok şizofreni tanısı almış olmaları, hastalığın genellikle erken yaşta başlaması ve hastalığın hasta üzerindeki olumsuz etkileri

nedeniyle eğitimlerini sürdürmelerine, iş bulmalarına ve aile kurmalarına engel olduğu düşünülebilir.

Bizim çalışmamızda tanı alan bireylerin %49,7'sinde sigara kullanımı bildirilmiştir. Toplumun sadece %1'i şizofreni hastalığına sahip olmasına rağmen şizofren bireylerde nikotin bağımlılığı yaygınlığı oldukça yüksektir (%58-92) (82). Sigara kullanımı halen ABD'de en büyük önlenebilir hastalık ve ölüm nedenidir. Leonard ve ark. sigara kullanım sıklığının genel toplumda %25 iken ruhsal hastalığı olanlarda %60 olduğu, en yüksek sıklığın ise yaklaşık % 70 ile şizofreni grubunda olduğu belirtilmiştir. Hugues ve ark.'nın çalışmasında ise şizofreni hastalardaki sigara kullanım yaygınlığı %88 olarak bildirilmiştir (83, 84). Tanı almış bireylerin %72.5'inin düzenli bir işi olmadığı ve tanı alan bireylerin neredeyse yarısına ailesinin baktığı düşünüldüğünde (Tablo 3) kronik ruhsal bozukluk tanılı hastaların sigara bırakma programlarında daha fazla yardıma ihtiyaç duyabilecekleri düşünülebilir.

Hem aile üyesinin hem de hastanın TRSM'ni düzenli kullanma durumu ve faydalanma ile ilgili görüş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, düzenli kullanım belirten bireylerin daha fazla oranda faydalanma sağladıklarını belirttikleri görülmüştür (Tablo 8). Hastanın düzenli kullandığını beyan edenlerin %78.2'si hastanın, %77.2'si kendilerinin faydalandığını belirtmiştir. Aile üyelerinin TRSM kullanım durumlarına bakıldığında düzenli kullanma durumu ve hastanın yararlanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken, kendisinin TRSM'ni düzensiz kullandığını belirtenlerin %73,6'sı TRSM'den fayda sağladığını belirtmiştir.

Şahin ve Erboğa (2019)'nın yaptığı çalışmada TRSM'ni kullanan hastalarda fayda sağladığı saptanmış ancak TRSM hizmeti almış olan hastaların bu hizmetten ne sıklıkta faydalandığının bilinmemesi çalışmanın sınırlılığı olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada en az ayda bir katılım ve psikoeğitim sonrasında, TRSM'de günlük beceri aktivitelerine düzenli katılma da katılmasa da hastaların yaşam kalitesi, içgörü, tıbbi tedavi uyumunun anlamlı oranda iyileştiği gözlenmiştir(35).

Hastaların %28,7'si TRSM'ne ayda bir kez giderken, %10,5'inin hiç gitmediği görülmüştür. Aile üyelerinin belirttiğine göre %68,5'i hastaların ilaç yazdırmak için, %51,7'si de bilgilenecek için TRSM'ni kullandığını ifade etmiştir. Hastaların

%70'inin TRSM'ni düzenli kullandığı saptansada (Tablo 8), aile üyelerinin %76'sı hastasının TRSM'ni düzenli kullanmadığını düşünmektedir (Tablo 5). Bu da ailelerin hastalarının daha sık TRSM'de olmalarını istemeleri ile açıklanabilir.

Hasta yakınlarının %65.3'ü hastalarının TRSM'den fayda sağladığını düşünüyor. Bu faydalar, ilişkilerinin düzelmesi, daha az atak geçirmesi, daha az hastaneye yatış, kendine güvende artma, tedavisini takibini kendi kendine yapabilme ve çatışmaların azalması olarak belirtilmiştir (Tablo 7). Ensari ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada TRSM'de şizofreni hastalarına verilen hizmetlerin yaşam kalitesi, genel ve sosyal işlevselliği belirgin olarak artırdığı; yeti yitimini ise önemli oranda azalttığı saptanmıştır(85). Aydın ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada, genel anlamda sık yatış olarak tanımlanan 'döner kapı olgusu' ölçütlerini karşılayan hastaların yatış sayıları toplum temelli bakım planı temelinde sunulan hizmetler ile azaldığı tespit edilmiş ve bunda TRSM ile hastaların tedavisinde bütüncül bir yaklaşım uygulamasının önemli rolü olduğu düşünülmüştür(86). Şahin ve Erboğa (2019)'nın yaptığı TRSM'ni hiç kullanmamış ve en az altı ay TRSM'ni kullanan hastalar ile yapılan çalışmada hastaların klinik değerlendirmesi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (35). Ayhan ve ark. 2019 yılında yaptıkları çalışmada TRSM hizmetlerinden düzenli olarak faydalanan şizofreni tanıli hastalara evde bakım veren yakınlarındaki bakım yükünün belirlenmesi ve sonuçların TRSM hizmetlerinden yararlanmayan şizofreni tanıli hastaların yakınlarındaki bakım yükü ile karşılaştırılmış ve anlamlı farklılıklar saptamışlardır (87). Literatür incelendiğinde, TRSM'de verilen hizmetler sayesinde tanı alan bireyin hastalık belirtilerinin gerilemesi; yaşam kalitesi, genel ve sosyal işlevselliğinin belirgin olarak artması, TRSM'de verilen hizmetlerin yapabildikleri ile ilgili yeni kanıtlar sunmaya devam etmektedir.

4.2. Aile üyelerinin ve tanı almış bireyin sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile bakım yükü, sosyal destek ve arkadaş desteği ilişkisi

Çalışmamızda aile üyelerinin ve hastanın cinsiyeti yük puanını etkilemezken, hastadan başka bir hastaya daha bakıyor olması, öğrenim durumu ve hastanın kendi kronik hastalığının olması ile yük puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 10). Türkiye'de yapılan benzer bir çalışmada bakım verenin ve hastanın cinsiyeti ile yük arasında bir ilişki bulunmazken, eğitim seviyesi ile yük arasında bir ilişki

saptanmıştır (86). Gülseren ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada ise hastanın erkek, bakım verenin kadın olmasının, aile üyelerinde süregelen bir bedensel hastalığın bulunmasının yük ile ilişkili olduğu bulunmuştur(9). Hastanın erkek olmasının ailedeki yüksek yük algısı ile ilişkisi kendilerinden beklenen çalışma ve aileye ekonomik katkı sağlama gibi toplumsal rolleri üstlenememeleri ile açıklansa da farklı sonuçlar çıkması yeni çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Eğitim düzeyi yüksek aile üyelerinin daha az yük hissetmesi hastalık hakkında daha fazla bilgi sahibi olmaları, baş etme becerilerinin daha iyi olması ile açıklanabileceği gibi tedavi olanaklarını daha iyi değerlendirebilmeleri ile de ilgili olabilir.

Erkek aile üyelerinin sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu, babaların sosyal destek puanlarının annelerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 10). Tel ve ark. (2010) yılında yaptıkları çalışmada serviste yatan hastaların bakım verenlerinde bizim çalışmamızı destekler nitelikte cinsiyete göre sosyal destek puanlarında anlamlı fark bulunurken, polikliniğe gelen hastalarda fark saptanmamıştır(88). Aile üyelerinin çoğunun kadın olduğu ve %66'sının tanı alan bireyle günde en az 11 saat zaman geçirdiği düşünüldüğünde zorunlu gereksinimleri dışında bakım veren anneler kendilerine ve yakın çevresine zaman ayıramamakta, etkileşimleri sınırlanmakta, arkadaş ve özel kişi desteğinin azalmaktadır. Bu sebeple erkek ve babaların sosyal destek puanları daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaya ait özellikler ile bakım yükü, sosyal destek ve akraba ve arkadaş desteği puan ortalamaları karşılaştırıldığında hastanın hobisinin olması ile yük puanı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 11). Hasta bir hobiye sahip değilse bakım verenin yük puanı artmaktadır. Bu durum hobinin hastanın işlevselliğindeki artmayı gösterebileceği şeklinde açıklanabilir. Yapılan çalışmalarda sosyal işlevsellik arttıkça aile üyesinin yükünün azaldığı saptanmıştır (9, 89, 90). Çalışmamızda hastaların %81,2'sinin herhangi bir hobisi yoktur. Hobisi olan hastaların hobileri sorgulandığında enstrüman çalmak, spor yapmak, bahçe işleri ve el sanatları ile uğraşmak, kitap yazmak, tavla oynamak, kuş beslemek, HAT yazısı yazmak, folklor oynamak, yap-boz yapmak, bulmaca çözmek ve yoga yapmak gibi cevaplar alınmıştır (Tablo 3).

4.3. TRSM kullanımı ve faydalanma ile bakım yükü, sosyal destek ve arkadaş desteği ilişkisi

Tablo 6’da hasta yakınlarının TRSM’ni kullanma durumları verilmiştir. Hasta yakınların %45,3’ü ihtiyaç duyduğunda kullandığını belirtmiştir. Yaklaşık olarak dörtte biri ayda en az birkez gittiğini beyan ederken %15,3’ü hiç gitmediğini beyan etmiştir. Hasta yakınlarının TRSM’ne gelme nedeni en fazla hastanın danışmanı ile görüşmek (%52) ve hastasını getirme (%50,7) olarak beyan edilmiştir. Tedaviye aile katılımı iyileştirilmiş sonuçlar ve daha düşük yük seviyesi anlamına gelmektedir (91) Bu noktada aile temelli müdahalelerin faydası kanıtlanmıştır (92, 93). Klinik müdahalenin odağı hasta üzerinde iken (ve haklı olarak), bu durum bakım vermede karşılaşılan talep ve zorluklarla etkin bir şekilde başa çıkmaya çalışan bakım verenin gereksinimlerini göz ardı etmektedir. Ailenin daha fazla TRSM’den faydalanması gerektiği düşünülmektedir. Aktif bir bakım verenin yönetim planına sahip olması ve akran destek grubuna katılması gerekli desteği sağlayacaktır (53). Bizim çalışmamızda aile üyelerinin TRSM’ni kullanması ile yük arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum aile üyelerinin TRSM’ne gitse bile gerek tedaviye katılımının yetersiz olması gerekse müdahale programlarına katılamaması (aile üyelerinin sadece %2’si grup eğitimine katılmıştı) ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hastanın TRSM’ni kullanma ve faydalanma durumları ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0.05$), aile üyesinin kendisinin TRSM’ni kullanma ve faydalanma durumları ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 12). Gülseren ve ark. (2010) düzenli olarak hastanın takip edilmesinin aile yüküyle ilişkili olduğu bulunmuştur (9). Hastalar TRSM’ni kullandıklarında, TRSM’den fayda sağladıklarında ailelerin yük puanları azaldığı, bu sebeple hastaların TRSM’den maksimum seviyede yararlandırılarak ailenin yükünün azalabileceği öngörülmektedir.

Hasta yakınlarına göre hastaların %32’si TRSM’de sıkıldığı için, %22’si yorgun /bitkin olduğu ve genelde evde uyuduğu için, %18,7’si ise TRSM’deki hastaları kendilerinden daha kötü buldukları için TRSM’ne gitmek istememektedir (Tablo 6). Ailelerin tanı alan bireylerin TRSM’ni kullanmak istememe sebepleri dikkate alınarak, problemlerin aşılması aktif kullanımı sağlayacaktır. TRSM düzenli

kullanıldıkça hastaya yararı artacak, dolayısıyla aile de yarar sağlayacaktır. Aile üyelerinin 68,7'si hastanın TRSM'ne gidiyor olmasının kendilerine de fayda sağladığını düşünmektedir. %61,3'ü kendini daha güçlü hissettiğini ve %60'ı daha az yardıma ihtiyaç duyduklarının beyan etmiştir (Tablo 7).

4.4. Bakım Verme Yükü Sosyal Destek, Akraba ve Arkadaş Desteği ve Hastanın Yatış Sayısı ilişkisi

Hastanın yatış sayısı ile yük arasında pozitif yönde, akraba ve arkadaş desteği arasında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır (Tablo 13). Yani yatış sayısı arttıkça bakım verenin yükü artmakta ve akraba ve arkadaş desteği algısı azalmaktadır. Benzer biçimde Aydın ve ark. (2009), hastaneye yatış sayısı ve hastalığın alevlenme sayısı ile ailenin yükü arasında(86); Gülseren ve ark.(2010), hastalığın toplam süresi ve süreç boyunca hastanede yatarak sağaltım görme sayısı ile yük arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir(9). Yinelenen yatış hastanın alevlenme dönemlerinin sıklığı anlamına gelir. Hastaneye yatışlar çoğunlukla tedaviye uyumsuzluk, çevreye ve kendine zarar verme riskinin olduğu, öz bakımını yapamadığı dönemlerde olur ve bu durumlar aile de yük algısını artıran durumlardır. Hastanede yatma hastanın işlevselliğini kaybetmesi anlamı da taşır. Bu nedenle, hastalık süresinin uzaması ve yineleyen yatışlar aile üyelerinin daha fazla yük yaşamasında etkili olabilir (90, 93, 95). Bakım verenin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurur (17). Bu etkiler akraba ve arkadaş desteğinin azalmasına da sebep olabilir.

Avcı ve ark. (2016) TRSM'de yaptığı çalışmada hastaların ilk üç etkinlik beklentisi müzik etkinlikleri, spor etkinlikleri, gezi etkinlikleri bulunurken %21,4'ü ulaşım sorunu yaşadığı için TRSM'deki hizmetlerden yararlanmadıklarını belirtmişlerdir (73). Bizim çalışmamızda da ulaşım ve sosyal etkinliklerin artırılması konuları en fazla beklenti olan alanlar iken; iş desteği, kurumun daha kapsamlı olması, tanı alan bireylerin yeterliliğine göre kalacakları ve aile olmadan da yaşayabilecekleri kurumların olması, sıkı takip, gelişim çizelgesi ve sistemli hasta takibi olması, TRSM'nin okul gibi her gün düzenli gelen bir yer olması, ev hastalarına yönelik girişimlerin olması (saatlik terapiler vb), bireysel terapilerin artırılması, minimum personel değişimi ve ailenin sürece dahil edilerek düzenli bilgi paylaşımı(özellikle

nasıl davranmaları konusunda çaresizlik) gibi konularda ailelerin beklentileri saptanmıştır.

Özet olarak; TRSM'de verilen hizmetler sayesinde tanı alan bireyin ve ailenin fayda sağladığı ve TRSM'ni kullandığı sürede bireyde pozitif yönde belirgin değişiklikler gözlemlendiği, hastalık belirtilerinin ise önemli oranda azaldığı gözlemlenmiştir. TRSM'lerin yaygınlaştırılması ve işlevselliğinin artırılması şizofreni tanılı hastalara evde bakımverme sorumluluğunu üstlenen kişilerin yükünü azaltmakta etkili olabilir. Ayrıca bulgularımız, hastanın takip ve tedavi sürecinde bakım verenin de ele alınması ve bakım veren olarak yaşanan güçlüklerle destek olunması konusunda TRSM ekibine yol gösterici olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik Ruhsal Bozukluğu olan bireylerin ailelerinin; TRSM'den aldıkları hizmetler ile görüşlerinin incelenmesi ve bu görüşlerin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisini saptamak amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Bakım verenlerin genellikle kadın ve anne olduğu, eğitim düzeyinin düşük olduğu; kronik ruhsal bozukluk tanısı olan bireylerin çoğunun eğitim seviyesinin düşük olduğu, çoğunun düzenli bir işi olmadığı ve yarısından fazlasına ailesinin baktığı tespit edilmiştir.
- TRSM'ni düzenli kullanımdan hem birey hem de aile üyesi faydalanmıştır. TRSM'ni düzensiz kullanan aile üyelerinin yarısından çoğu hastası ile günde 11 saatten fazla zaman geçirmektedir.
- Aile üyesinin ve tanı alan bireyin cinsiyeti yük puanını etkilemezken, aile üyesinin hastadan başka bir hastaya daha bakıyor olması, öğrenim durumu ve hastanın başka bir kronik hastalığının olması yük puanını etkilemektedir.
- Erkek aile üyelerinin sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu, en çok yükü ilkokul mezunlarının yaşadığı ve üniversite mezunlarına göre farklılaştığı, evli olanların akraba ve arkadaş desteğinin daha fazla olduğu, babaların sosyal destek puanları yüksek olduğu ve annelere göre farklılaştığı saptanmıştır. Bakım vericinin kendi hastalığının da olması daha fazla yük oluşturduğu bulunmuştur. Hasta yakınının diğer bir hasta aile üyesine daha bakıyor olması yükü artıran faktör oluştururken, hasta dışında küçük bir çocuğa bakıyor olması yükü artıran bir faktör olarak saptanmamıştır.
- Tanı alan bireyin yatış sayısı arttıkça ailelerde bakım yükü puanı artarken, bireyin hobisinin olması yük puanını düşürmektedir.
- Bireyin TRSM'ni düzensiz kullandığını ve faydalanmadığını söyleyen aile üyelerinde bakım yükü puanı diğerlerine göre anlamlı derecede yüksektir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- TRSM'lerinin yaygınlaştırılması, işlevselliklerinin artırılması ve tanı alan bireyin TRSM'ne gelmek istememe sebepleri araştırılıp, bireyin üst düzeyde TRSM kullanımını sağlanabilir.
- TRSM modelinin geliştirilebilmesi ve iyileştirilebilmesi amacıyla benzer çalışmaların Türkiye genelinde yapılması önerilebilir. Böylelikle hizmetin çok boyutlu değerlendirilmesi ve yeni uygulama örnekleri için kanıta dayalı bilgi üretilmesi mümkün olacaktır.
- Aile üyelerinin düzenli aralıklarla izlenmesi ve desteklenmesi, bireyin bakımını paylaşma ve sürdürmede desteklenmesi, ailelere kullanabilecekleri sosyal destek kaynaklarının tanıtılması ve bunlardan etkin olarak yararlanmalarının desteklenmesi önerilebilir.
- Tanı alan bireyin TRSM kullanımını ve faydalanmasının hem birey, hem aile hemde sağlık profesyonelleri yönünden karşılaştıran çalışmaların yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Yazıcı, A., Saatçioğlu, Ö., Coşkun, S. & Yanık, M. (2010). Bakırköy Kronik Ruhsal Hasta Rehabilitasyon Formu'nun Yapılandırılması. Nöropsikiyatri Arşivi, 183-95.
2. Awad, A.G. & Voruganti, L.N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. Pharmacoeconomics, 149-62.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı(2011-2023),Ankara, 2011.
<http://www.psikolog.org.tr/doc/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf>.

Erişim Tarihi: 15/05/2019.

4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı
<https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,43118/toplum-ruh-sagligi-merkezleri-trsm-listesi.html>. Erişim Tarihi:15/05/2019.
5. Ak, M., Yavuz, F., Lapsekilli, N. & Türkçapar, M. H. (2012). Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi. 300-37.
6. Kum N, Pektekin Ç, Özcan A ve ark. (2000). Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.
7. Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T., Schellong, J., Xavier, M., Goncalves Pereira, M., Torres Gonzales, F., Palma-Crespo, A. ve Maj, M. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. World Psychiatry,4, 45-9.
8. Doğan O, Doğan S, Tel H ve ark. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3: 133-139.
9. Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yigit, T., Danacı, A. S., Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, Ş. ve Mete, L. (2010). Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi, 21(3), 203-12.
10. Perlick, D. A., Hohenstein, J. M., Clarkin, J. F., Kaczynski, R. & Rosenheck, R. A. (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. Bipolar Disord,7, 126-35.

11. Van der Voort, T. Y., Goossens, P. J. ve Van Der Bijl, J. J. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*,14, 679-87.
12. Pompili, M., Harnic, D., Gonda, X., Forte, A., Dominici, G., Innamorati, M., Fountoulakis, K. N., Serafini, G., Sher, L., Janiri, L., Rihmer, Z., Amore, M. & Girardi, P. (2014). Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. *World J Psychiatry*,4, 1-12.
13. Balaban, Ö.D., Küçüktüfekçi, A. H., Binbay, İ. T. ve Karamustafaloğlu, N. (2016). Bipolar I Bozukluk Hastalarının Bakımverenlerinde Yaşam Kalitesi Yük ve Sosyal Destekle İlişkili mi ? *J Clin Psy.*,19(1), 15-26.
14. Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler *Türk Psikiyatri Dergisi*,13(2), 143-151.
15. Magana, S. M., Ramirez Garcia, J. I., Hernandez, M. G. & Cortez, R. (2007). Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv*,58, 378-84.
16. Andrews, A., Knapp, M., McCrone, P., Parsonage, M. & Trachtenberg, M. (2012). *Effective interventions in schizophrenia: the economic case.* London, A report prepared for the Schizophrenia Commission.
17. Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M. & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
18. Geriani, D., Savithry, K.S.B., Shivakumar, S., Kanchan, T. (2015) Burden of care on caregivers of schizophrenia patients: A correlation to personality and coping *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 9 (3):1-4.
19. Hsiao, C.Y., Tsai, Y.F. (2015) Factors of caregiver burden and family functioning among Taiwanese family caregivers living with schizophrenia *Journal of Clinical Nursing*, 24:1546-1556.
20. Martín J., Padierna, A., van Wijngaarden, B., Aguirre, U., Anton, A., Muñoz, P., Quintana, J.M. (2015) Caregivers consequences of care among patients with eating disorders, depression or schizophrenia *BMC Psychiatry*, 15(1):115-124.

21. Wells, R., Kite, B., Breckenridge, E. and Sunbury, T. (2018) Community Mental Health Center Integrated Care Outcomes. *Psychiatric Quarterly*, 89, 969-982.
22. Tylicki, J.L., Martin-Fernandez, K.W. & Ben-Porath, Y.S. (2019) Predicting therapist ratings of treatment progress and outcomes with the MMPI-2-RF. *Journal of clinical psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22795>
23. Liberman, R. P. (1988) *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, American Psychiatric Association, Washington, 323pp.
24. Ware, N. C., ve Goldfinger, S.M. (1997) Poverty And Rehabilitation In Severe Psychiatric Disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 21: 3.
25. Sadock, B. J., ve Sadock, V.A. (2009) *Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri*, Güneş Tıp Kitapevi, İstanbul.
26. World Health Organization. (2018) *Mental Disorders*.
<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
Erişim Tarihi: 10 Temmuz 2018.
27. Balan, S., Toyoshima, M., ve Yoshikawa, T. (2018) Contribution of induced pluripotent stem cell technologies to the understanding of cellular phenotypes in schizophrenia. *Neurobiol Dis*. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2018.04.021>
28. Avramopoulos, D. (2018) Recent Advances in the Genetics of Schizophrenia. *Mol Neuropsychiatry* 4: 35-51.
29. Global Burden of Disease Study Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990- 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386:743–800.
30. Çiçekoğlu, P. & Duran, S. (2018) Dünyada ve Türkiye’de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 4(3), 8-14.
31. Eren H.K. (2016) Ruh Sağlığına Yönelik Dünya’daki ve Türkiye’deki Mevcut Uygulamalar. N. Gürhan (der.). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. 1. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, s:849.

32. Alataş, G., Karaoğan, A., Arslan, M. & Yanık, M. (2009) Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 46.
33. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi.
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tedk/pdf/TRSM_rehber.pdf.
Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2019.
34. Randall JR, Vokey S, Loewen H, Martens PJ, Brownell M, Katz A. (2015) A systematic review of the effect of early interventions for psychosis on the usage of inpatient services. Schizophr bull. 41:1379-86.
35. Şahin, Ş. & Elboğa, G. (2019) Toplum ruh sağlığı merkezinden yararlanan hastaların yaşam kalitesi, tıbbi tedaviye uyumu, içgörü ve işlevsellikleri. Cukurova Medical Journal, 44 (2), 1-1.
36. Şükrü, F., Öztürk, H. M., Kılıç, Ö., Güneytepe, S. İ., & Üçok, A. (2018) The impact of a six-month interpersonal group psychotherapy on functionality of patients with schizophrenia in a community mental health center. Anatolian Journal of Psychiatry, 19(6), 59-67.
37. Arabacı, L. B., Büyükbayram, A., Aktaş, Y., & Taşkın, N. (2018) Deneysel Araştırma Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psikoeğitimin yaşadıkları günlük ve psikososyal uyumlarına etkisi. J Psy Nurs. 9(3): 175-185. DOI: 10.14744/phd.2018.88700
38. Lockwood C, Page T, NursCert H, Conroy-Hiller T. (2004) Effectiveness of individual therapy and group therapy in the treatment of schizophrenia. JBI Libr Syst Rev. 2:1-44.
39. Çam, O. & Engin, E. (2014) Ruh Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul Tıp Kitabevi. ss:891.
40. Townsend, M. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri, 6. Baskı. (Çeviri).
41. Chernomas WM, Clarke DE, Marchinko S. (2008) Relationship-Based support for women living with serious mental. Issues in Mental Health Nursing. Women, Schizophrenia, and RelationshipBased Support. 29: 437–453.

42. Fleury MJ, Grenier G, Caron J, Lesage A. (2008) Patients' report of help provided by relatives and services to meet their needs. *Community Ment Health J*, 44: 271–281.
43. Işık H. (2011) Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikiyatri Hizmetlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir.
44. Arslantaş, H., & Adana, F. (2011) Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*, 3(2), 251-277.
45. Molina, K. M., & Alcántara, C. (2013) Household structure, family ties, and psychological distress among US-born and immigrant Latino women. *Journal of Family Psychology*, 27(1), 147.
46. Abe-Kim, J., Takeuchi, D., & Hwang, W.C. (2002) Predictors of help seeking for emotional distress among Chinese Americans: Family matters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1186–1190.
47. Chen, J., Xu, D., & Wu, X. (2019) Seeking Help for Mental Health Problems in Hong Kong: The Role of Family. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(2), 220-237.
48. Wood BL, Klebba KB, Miller BD ve ark. (2000) Evolving thebiobehavioral family model: The fit of attachment. *Family Process*,39: 319-326.
49. Perlick, D. A., Berk, L., Kaczynski, R., Gonzalez, J., Link, B., Dixon, L., ve Miklowitz, D. J. (2016) Caregiver burden as a predictor of depression among family and friends who provide care for persons with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 18(2), 183-191.
50. Wang, X., Chen, Q., & Yang, M. (2017) Effect of caregivers' expressed emotion on the care burden and rehospitalization rate of schizophrenia. *Patient preference and adherence*, 11, 1505.
51. Zhou, Y., Rosenheck, R., Mohamed, S., Ou, Y., Ning, Y. & He, H. (2016) Comparison of burden among family members of patients diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder in a large acute psychiatric hospital in China. *BMC Psychiatry*,16, 283.

52. Hayes, L., Hawthorne, G., Farhall, J., O'Hanlon, B., & Harvey, C. (2015) Quality of life and social isolation among caregivers of adults with schizophrenia: Policy and outcomes. *Community mental health journal*, 51(5), 591-597.
53. Stanley, S., Balakrishnan, S., & Ilangovan, S. (2017) Psychological distress, perceived burden and quality of life in caregivers of persons with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 26(2), 134-141.
54. Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, P., & Sharma, R. (2005) Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(4), 329-336.
55. Chadda, R. K., Singh, T. B., & Ganguly, K. K. (2007) Caregiver burden and coping. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 923-930.
56. Vasudeva, S., Sekhar, C. K., & Rao, P. G. (2013). Caregivers burden of patients with schizophrenia and bipolar disorder: A sectional study. *Indian journal of psychological medicine*, 35(4), 352.
57. Grover, S., Chakrabarti, S., Aggarwal, M., Avasthi, A., Kulhara, P., Sharma, S., & Khehra, N. (2012). Comparative study of the experience of caregiving in bipolar affective disorder and schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(6), 614-622.
58. Ogilvie, A. D., Morant, N., & Goodwin, G. M. (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 7, 25-32.
59. Cobb, S. (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*.
60. Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC psychiatry*, 18(1), 156.
61. Woods, N. F., Yates, B. C., & Primomo, J. (1989). Supporting families during chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 21(1), 46-50.
62. Havva, T. E. L., Saraç, B., Günaydın, Y., Medik, K., ve Doğan, S. (2010). Psikiyatrik hastalık tanılı hastaların primer bakım vericilerinin sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 103-107.

63. Duman, Z. Ç., & Bademli, K. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 78-94.
64. Caron, J., Mercier, C., Diaz, P., & Martin, A. (2005). Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Research*, 137(3), 203-213.
65. Yen, W. J., & Lundeen, S. (2006). The association between meaning of caregiving, perceived social support and level of depression of Taiwanese caregivers of mentally ill patients. *The international journal of psychiatric nursing research*, 12(1), 1378-1392.
66. Greenberg JS, Greenley JR, Brown R. (1997) Do mental health services reduce distress in families of people with serious mental illness?. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 21 (1): 40-50.
67. Ewertzon, M., Andershed, B., Svensson, E., & Lützn, K. (2011). Family member's expectation of the psychiatric healthcare professionals' approach towards them. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(2), 146-157.
68. Hodgson O, King R, Leggatt M. (2002) Carers of mentally ill people in Queensland: Their perceived relationships with professional mental health service providers: Report on a survey. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*. 1 (3).
69. Hawley, D.R., & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283-298.
70. Yamashita, M., & Forsyth, D.M. (1998). Family coping with mental illness: An aggregate from two studies, Canada and the United States. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 4(1), 1-8.
71. O'Connell KL. (2006). Needs of families affected by mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*. 16 (3): 40-48.
72. Çenesiz E, Atak N. Türkiye'de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007: 6(6).

73. Avcı, D., Kelleci, M., Yatmaz, M., & Dogan, S. (2016) Toplum ruh sagligi merkezinde izlenen hastaların memnuniyet düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17, 17.
74. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist and the burden interview. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center; 1990.
75. İnci FH, Erdem M. Bakım verme yükü ölçeğinin türkçeye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(4):85-95.
76. İnci FH, Bayık Temel A. Ailede yenilenme ve uyum genel indeksinin türkçeye uyarlanması: geçerlilik ve güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu E Dergisi* 2013; (6)4:198-206.
77. Souza MS, Silva RA, Molina MA, Jansen K. (2016) Six-session caregiver psychoeducation on bipolar disorder: Does it bring benefits to caregivers? *Int J Soc Psychiatry*. 62:377–85.
78. Sharif F, Shaygan M, Mani A. (2012). Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry* 12:48.
79. Dore G, Romans SE. (2001). Impact of bipolar affective disorder on family and partners. *J Affect Disord* s: 67:147–58.
80. Heru A.M., Ryan C.E. & Vlastos K. (2004) Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorder. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28, 67– 71.
81. Kılıç, A. K. (2019) Investigation of interventions on determined problems of people with mental disorder and families in Community Mental Health Center mobile team works. *J Psy Nurs* 0: 0-0.
<http://www.phdergi.org/jvi.aspx?un=PHD-82621>. Erişim Tarihi:12/08/2019
82. Spring B, Pingitore R, McChargue ED: Reward value of cigarette smoking for comparably heavy smoking schizophrenic, depressed and nonpatient smokers *The American Journal of Psychiatry*, 160(2):316, 2003.

83. Ripoll N, Bronnec M, Bourin M: Nicotinic receptors and schizophrenia. *Current Medical Research and Opinion*. Newbury: 20(7):1057, 2004.
84. Karşıdağ, Ç. Alpay N. Kocabıyık A. (2005). Şizofreni ve sigara bağımlılığı.
85. Ensari, H., Gültekin, B. K., Karaman, D., Koç, A., & Beşkardeş, A. F. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2).
86. Aydın, E., Tabo, A., Karamustafalıoğlu, K. O., Alataş, G., Yiğit, S., Aydın, E., ve Erkuş, G. H. (2014). Döner kapı olgusu: Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modeline geçişin psikiyatri servisine yatış üzerine etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(3).
87. Ayhan, M. G., Köse, A., Ercan, S. K., Bozdoğan, Ş. Y., Özayhan, H. Y., & Eren, İ. Toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinden yararlanan şizofreni tanılı hastaların yakınlarındaki bakım yükü: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Cukurova Medical Journal*, 44 (0), 1-1.
88. Tel, H., Saraç, B., Günaydın, Y., Medik, K., & Doğan, S. (2010) Psikiyatrik hastalık tanılı hastaların primer bakım vericilerinin sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 103-107.
89. Danacı AE, Karaca N, Devenci A (2005) Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye de Psikiyatri*, 7:103-108.
90. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A ve ark. (2002) The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 106: 291-298.
91. Grover, S., Chakrabarti, S., Aggarwal, M., Avasthi, A., Kulhara, P., Sharma, S., & Khehra, N. (2012) Comparative study of the experience of caregiving in bipolar affective disorder and schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(6), 614-622.
92. Chakrabarti, S., & Gill, S. (2002) Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar disorders*, 4(1), 50-60.

93. Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M., ... & Maj, M. (2000) Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(3), 109-115.
94. Chakrabarti, S. (2016) Research on family caregiving for mental illness in India and its impact on clinical practice: Are we doing enough to help families?. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 32(1), 19.
95. Chien WT, Norman I, Thompson DR (2004) A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *Int J Nurs Studies*, 41:637-649.



8. EKLER

EK-1

KİŞİSEL BİLGİ VERİ TOPLAMA FORMU

Bu çalışma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı bulunan Nişantaşı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne başvuran Kronik Ruhsal Bozukluğu olan hastaların ailelerinin TRSM'den aldıkları hizmet ile ilgili görüşlerini belirlemek ve bunlarla ilgili olabilecek bazı değişkenleri saptamak amacıyla yapılmaktadır. Buradaki sorulara doğru cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği ve gelecekteki size verilecek hizmetler açısından çok önemlidir.

Katılımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

3-Öğrenim Durumunuz: Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul ()

İlköğretim () Lise () Üniversite () Lisansüstü (Master/Doktora) ()

4-Medeni durumunuz: Bekar () Evli () Boşanmış () Ayrı ()

5-Çalışma Durumu:

Düzenli gelir getiren bir işi var (.....)

Düzenli gelir getiren bir işi yok (.....)

6- Geçim kaynağınız :

Maaş () Kurumsal Sosyal Yardımlar () Bireysel sosyal yardımlar (aile-yakınlar-hayırseverler) ()

7-Evde birlikte yaşadığınız kişiler: Anne () Eş () Çocuk ()

Baba () Kardeş () Diğer ().....

8- Hastaya yakınlık durumunuz:

Anne () Baba () Kardeş () Eş () Çocuk () Diğer ().....

9- Hasta ile birlikte kaç yıldır yaşıyorsunuz? :

10- Hastayla beraber günde ortalama kaç saat geçiriyorsunuz?

() 1-5 saat

() 6-10 saat

() 11-15 saat

() 15 saatten fazla

() 2-3 günde bir

() haftada 1-2 kez

11- Kronik hastalığınız var mı? ()yok ()var.....

12- Evde Bakımını ve tedavisini üstlendiğiniz kişileri işaretleyiniz.

- Yalnızca hasta
 Hasta ve diğer hasta aile üyesi
 Hasta ve küçük çocuk
 Hasta ve kendi hastalığı
 Diğer

HASTANIZIN :

1. Tanısı:

2. Yaşı: (Doğum tarihi)

3-Medeni durumu: Bekar () Evli () Boşanmış () Ayrı ()

4. Eğitimi:

Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlköğretim ()

Lise () Üniversite() Lisansüstü (Master/Doktora) ()

5. Hastanızın çalışma durumu:

Düzenli gelir getiren bir işi var (.....)

Düzenli gelir getiren bir işi yok (.....)

6. Düzenli olarak ev dışında katıldığı bir aktivite var mı?

Evet () Hayır()

Evet ise, açıklayınız.....

7. Hastalığının başlangıç yaşı:

8. Kesin tanı konulduktan sonra geçen süre (yıl ve ay olarak belirtiniz):

9. Toplam hastaneye yatış sayısı:

10. Alkol ve madde kullanım öyküsü : Yok () Var().....

11. Sigara kullanımı: Yok () Var().....

12. Psikiyatri dışı başka bir (kronik) hastalık öyküsü: ()Yok Var ().....

TRSM ile ilgili olarak;

1- TRSM ye siz ne sıklıkla gidiyorsunuz?

- her gün iki haftada bir
 iki günde bir ayda bir
 haftada 3-4kez hiç gitmiyorum
 ihtiyaç duyduğumda gidiyorum

2- En son ne zaman TRSM'ye gittiniz?

Siz: gün önce hafta önce ay önce yıl önce

3- TRSM'ye gitme nedenlerinizi işaretleyiniz.

- ilaç yazdırma
 sohbet etme
 bilinçlenme/bilgilenme
 evden çıkma
 grup eğitimlerine katılma
 oradan çağrılmış olma
 doktor ile görüşmek
 hastamı takip eden sağlık personeli ile görüşmek
 hastamı götürmek için

Diğer

4- Hastanız TRSM'ye tek başına gelebiliyor mu?

Geliyor() Bazen() Gelemiyor() Gelebiliyor ama gelmek istemiyor()

5- Hastanız TRSM ye ne sıklıkla gidiyor?

- her gün iki haftada bir
 iki günde bir ayda bir
 haftada bir ihtiyaç duyduğunda gidiyor
 haftada 3-4kez hiç gitmiyor

6- Hastanız En son ne zaman TRSM'ye gitti?

..... gün önce hafta önce ay önce yıl önce

7- Hastanızın TRSM'ye gitme nedenlerini işaretleyiniz

- ilaç yazdırma
- el sanatları
- birileriyle sohbet etme
- bilinçlenme/bilgilenme
- spor yapma
- evden çıkma
- yemek yemek için
- arkadaşlarıyla buluşma
- evde durmamak için
- Diğer

8- Hastanız sizce TRSM'ye düzenli gidiyor mu? Evet () Hayır ()

Cevabınız "hayır" ise aşağıdaki gitmeme nedenlerinden uygun olan/ları işaretleyiniz.

Hasta ile ilgili

- Tek başına evden çıkamıyor.
- Ulaşım zorluğundan dolayı tek başına gidemiyor.
- TRSM sorularına ve gereksinimlerine yanıt veremiyor.
- Dışarıdaki insanlar hasta olduğunu görsün istemiyor.
- TRSM'de vakit geçirmekten sıkılıyor.
- Evden çıkmak istemiyor.
- Tek başına göndermeyi ben istemiyorum.
- TRSM'nin hastalığına faydası olacağını düşünmüyor.
- Diğer.....

Sizinle ilgili

- Ulaşım zorluğundan dolayı benim götürmem gerekiyor.
- TRSM sorularına ve gereksinimlerine yanıt veremiyor.
- Dışarıdaki insanlar hasta olduğunu görür diye korkuyorum.
- Dışarda ve TRSM de tek başına kalmaz.
- TRSM de onunla kalmaya zamanım yok.
- Hastamla TRSM'e gittiğimde sıkılıyorum.
- TRSM de çalışanların işinin ehli olduğunu düşünmüyorum.

9- Hastanızın TRSM'ye düzenli olarak gitmesinin sağlayacağı yararlar neler olabilir?

- Hastalık belirtilerini azaltır.
- Hastamın kendine güvenini artırır.
- Hastamın daha az atak geçirmesini sağlar.
- Hastamın çevresi ile ilişkilerinin daha iyi olmasını sağlar.
- Hastalığının ilerlemesini önler.
- Hastamın yeni arkadaşlar edinmesini sağlar.
- Hastamın daha kolay işe girmesini sağlar.
- Evde bana bağımlılığı azalır.
- Tedavisini ve ilaçlarını kendisi takip edebilir.
- Evde ve başka insanlarla çatışmaları azalır.
- Diğer.....

10-Hastanız ne kadar süredir TRSM'ye kayıtlı.....

11- TRSM'ne gidiyor olmanın hastanıza fayda sağladığını düşünüyor musunuz?

Hayır Evet

Cevabınız "evet" ise aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanları işaretleyiniz.

- Hastalık belirtileri azaldı.
- Kendine güveni arttı.
- Daha az atak geçiriyor.
- Hastaneye daha az yatıyor.
- İlişkileri daha iyi oldu.
- Yeni arkadaşlar edindi.
- İşe girdi/ işine geri döndü.
- Bana bağımlılığı azaldı.
- Tedavisini ve ilaçlarını kendisi takip ediyor.
- Evde ve başka insanlarla çatışmaları azaldı.

12- Hastanızın TRSM' ne gidiyor olmasının size fayda sağladığını düşünüyor musunuz?

Hayır Evet

Cevabınız "evet" ise aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanları işaretleyiniz.

- Evde çatışmalar azaldı.
- Sosyal etkileşimlerime zaman ayırabiliyorum.(ev oturması, pazara gitme, akraba ziyareti vb.)
- Yapmam gereken işleri daha kolay yapabiliyorum.
- Kendime daha fazla zaman ayırabiliyorum.
- Sağlık problemlerim azaldı.
- Kendimi daha güçlü hissediyorum.
- Daha az yardıma ihtiyaç duyuyorum.
- Diğer.....

13- TRSM ile ilgili olarak bir beklentiniz/isteğiniz/öneriniz var mıdır?

.....

EK-2

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel yaşamınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınına bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK-3

SOSYAL DESTEK İNDEKSİ					
Yönerge: Aşağıdaki ifadeleri okuyun ve aileniz için (0) Kesinlikle Katılmıyorum, (1) Katılmıyorum; ve (2) ne katılıyorum ne katılmıyorum; (3) Katılıyorum; veya (4) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde karar veriniz ve numarayı daire içine alınız.					
Lütfen sizin çevrenizdeki insanlar ya da ailenizle ilgili aşağıda verilen her bir ifadeye ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtiniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	kesinlikle katılıyorum
1. Eğer acil bir durumda olsaydım, bu çevrede tanımadığım birisileri bile bana yardım etmeye istekli olurdu	0	1	2	3	4
2. Aile üyelerimden birisi için fedakarlık yaptığımda, zaman ayırdığımda ve enerji harcadığımda kendimi iyi hissederim	0	1	2	3	4
3. Ailemdeki bireyler için bir şeyler yapmak ve onların da benim için bir şeyler yapması bana bu grubun önemli bir parçası olduğumu hissettirir	0	1	2	3	4
4. Çevremde insanlar sorunları olduğunda, çevrelerinden yardım alabileceklerini bilirler	0	1	2	3	4
5. Kim olduğuma ve ne yapabileceğime değer verdiğini bildiğim arkadaşlarım var	0	1	2	3	4
6. Bu çevrede insanlar birbirine güvencibilirler	0	1	2	3	4
7. Ailemde bireyler sorunlarımı ve endişelerimi nadiren dinlerler genellikle eleştirildiğimi hissederim	0	1	2	3	4

8. Bu toplumdaki arkadaşlarım günlük yaşantımın bir parçasıdır	0	1	2	3	4
9. Aile üyelerinden bazılarının bir şeyler yaparken diğer aile üyelerini mutsuz ettiği zamanlar vardır	0	1	2	3	4
10. Benden çıkar sağladıkları için arkadaşlarıma ne kadar yardım etmem gerektiği konusunda çok dikkatli olmam gerekiyor	0	1	2	3	4
11. Bu çevrede yaşamak bana güven duygusu verir	0	1	2	3	4
12. Ailemdeki bireyler bana sevgi ve şefkatlerini göstermek için çaba harcarlar	0	1	2	3	4
13. Bu çevrede, insanların birbirlerine çok dostça davranmamaları gerektiğine yönelik bir duygu var	0	1	2	3	4
14. Bu çevre çocuk yetiştirmek için çok iyi değil	0	1	2	3	4
15. Arkadaşlarımdan benim için önemli olduğu kadar, benim de onlar için önemli olduğuma ilişkin güvenim var	0	1	2	3	4
16. Ailemin dışında beni seven ve beni gerçekten önemseyen bazı çok yakın arkadaşlarımdan var	0	1	2	3	4
17. Ailemin üyeleri beni anlamıyor gibi Kendimi hafife alınmış gibi hissediyorum	0	1	2	3	4

Scanned with

EK-4

AKRABA VE ARKADAŞ DESTEĞİ					
Yönerge: Aşağıdaki ifadeleri 1. Kesinlikle katılmıyorum, 2. katılmıyorum, 3. Kararsızım, 4. Katılıyorum, 5. Kesinlikle katılıyorum şeklinde ailenizin durumuna göre değerlendiriniz.					
	Kesinlikle katılmıyorum	Katılıyorum	Ne katılıyorum ne	Katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Biz aile problemleri ile					
1. Akrabalarla zorluklarımızı paylaşarak baş ederiz	1	2	3	4	5
2. Akrabalardan öneri isteyerek baş ederiz	1	2	3	4	5
3. Akrabalarla beraber bir şeyler yaparak baş ederiz	1	2	3	4	5
4. Arkadaşlardan cesaret ve destek isteyerek baş ederiz	1	2	3	4	5
5. Aynı ya da benzer sorunlar yaşayan kişilerden bilgi ve öneri isteyerek baş ederiz	1	2	3	4	5
6. Yakın arkadaşlarla sorunları paylaşarak baş ederiz	1	2	3	4	5
7. Komşularla sorunları paylaşarak baş ederiz	1	2	3	4	5
8. Karşılaştığımız sorunlarla ilgili akrabaların ne hissettiklerini sorarak baş ederiz	1	2	3	4	5

EK-5

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Fahriye Oflaz tarafından yürütülen, Koç Üniversitesi Etik Kurulları'nın ...sayılı onayı ile izin verilen, Psikotik Bozukluk Tanısı olan bireylerin ailelerinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden alınan hizmetlerle ilgili görüşlerinin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisizlik araştırmasına katılımınız rica olunmaktadır.

Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan gönüllü olarak katılımınız esastır. Lütfen aşağıdaki bilgileri okuyunuz ve katılmaya karar vermeden önce anlamadığınız herhangi bir husus varsa çekinmeden sorunuz.

ÇALIŞMANIN AMACI

Ruhsal bozukluğu olan hastalara bakım vermek oldukça zor bir süreçtir ve aile üyelerinin bakım yükünü azaltmaya yönelik çalışmalar gerekmektedir. Son yıllarda ülkemizde faaliyete geçen Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, ruhsal bozukluğu olan hastaların toplum içinde rehabilitasyonu ve ailelerin desteklenmesine yönelik hizmetler sunmaktadır. Ancak verilen hizmet hakkında siz ailelerin neler düşündüğü ve hizmetin sizlerin hayatında neleri değiştirdiği konusunda yeterli bilgiye sahip değiliz. Bu sebeple, siz ailelerin neler yaşadığını ve düşündüğünü daha iyi anlayabilmek amacıyla bu araştırmayı planladık. Sizlerin vereceği bilgiler ışığında, hizmetleri ve sizleri etkileyen faktörler belirlenecek ve bu konuda ailenin bilgi eksikliğinin giderilmesine, bakım yükünü azaltmaya ve sosyal desteği artırmaya yönelik girişimler planlanabilecektir ve uygulanabilecektir.

PROSEDÜRLER

Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde yürütülecek çalışmalar şöyledir: Nişantaşı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Toplantı Salonu'nda verilen ölçekleri cevaplamanız gerekmektedir. İsterseniz kendiniz doldurabilir, isterseniz de tüm sorular tek tek size okunabilir. Formların doldurulması yaklaşık olarak 20dk sürecektir.

OLASI RİSKLER VE RAHATSIZLIKLAR

Çalışmamıza katılmanız sizde ya da hastanızda günlük hayatta karşılaşılan risklerden daha fazla bir risk taşımamaktadır.

TOPLUMA VE/VEYA DENEKLERE OLASI FAYDALARI

Siz katılımcıların bize verdiği bilgiler doğrultusunda Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde sunulan hizmetlerle ilgili sizleri etkileyen faktörler belirlenecek ve bu konuda varsa bilgi eksikliklerinin giderilmesine, bakım yükünü azaltmaya ve ailelerin destek gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik girişimler planlanabilecektir ve uygulanabilecektir.

GİZLİLİK

Bu çalışmayla bağlantılı olarak elde edilen ve sizinle özdeşleşmiş her bilgi gizli kalacak, 3. kişilerle paylaşılmayacak ve yalnızca sizin izniniz ile ifşa edilecektir. Anketlerde kimlik bilgileriniz yer almayacaktır. Onam formları ise araştırmacı tarafından kilitli bir dolapta muhafaza edilecektir.

KATILIM VE AYRILMA

Bu çalışmanın içinde olmak isteyip istemediğinize tamamen kendi iradenizle ve etki altında kalmadan karar vermeniz önemlidir.

Katılmaya karar verdikten sonra, herhangi bir andasahip olduğunuz herhangi bir hakkı kaybetmeden veya herhangi bir müeyyideye maruz kalmadan istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz.

ARAŞTIRMACILARIN KİMLİĞİ

Bu araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz veya endişeniz varsa, lütfen iletişime geçiniz:

Koç Üniversitesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Fahriye Ofraz
05445352725
foflaz@ku.edu.tr

Koç Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi Saime Demircioğlu
05063498133
sssaimeee@gmail.com

Yukarıda yapılan açıklamaları anladım. Sorularım tatmin olacağım şekilde
yanıtlandı. Dilediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak koşulu ile bu çalışmaya katılmayı
onaylıyorum. Bu formun bir kopyası da bana verildi.

Katılımcı Adı-Soyadı

Katılımcı İmzası

Tarih

Araştırmacının İmzası

Tarih

EK-6



KOÇ
ÜNİVERSİTESİ

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	04.01.2018
Karar No:	2018.016.IRB3.016
Sorumlu Araştırmacı:	Fahriye Ofıaz
Araştırma Başlığı:	Psikotik Bozukluk Tanısı olan bireylerin ailelerinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden alınan hizmetlerle ilgili görüşlerinin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisi
Başlangıç tarihi:	05.01.2018
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu" tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin 6 aydan daha fazla gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Etik bakımdan sorun çıkması ya da şüpheli bir olay/beklenmeyen etki görülmesi durumunda derhal etik kurul bilgilendirilmelidir.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer
Başkan

EK-7

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



Toplantı Tarihi:	04.01.2018
Karar No:	2018.016.IRB3.016
Sorumlu Araştırmacı:	Fahriye Oflaz
Araştırma Başlığı:	Psikotik bozukluk tanısı olan bireylerin ailelerinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden alınan hizmetlerle ilgili görüşlerinin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisi
Başlangıç tarihi:	04.01.2018

Sorumlu araştırmacının talebi üzerine projenin başlığı 13.02.2018 tarihinden itibaren 'Kronik Ruhsal bozukluk tanısı olan bireylerin ailelerinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden alınan hizmetlerle ilgili görüşlerinin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisi' olarak değiştirilmesi uygun bulunmuştur.

Saygılarımla,


Hakan S. Orer
Başkan

EK-8 KURUM İZİNİ

05/02/2018

T.C.

İSTANBUL VALİLİĞİ

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİ'NE

Koç Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırma Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere gönderilen "Psikotik Bozukluk Tanısı olan bireylerin ailelerinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden alınan hizmetlerle ilgili görüşlerinin sosyal destek ve bakım yükü ile ilişkisi" isimli 2018.016.IRB3.016 künye numaralı projem; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleşmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir. Etik Kurul kararı EK'tedir.

Araştırmanın gerçekleşeceği Nişantaşı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde uygulama yapabilmem için gerekli izinlerin tarafınızca verilmesini arz ederim.

Saime DEMİRCİOĞLU
Hemşire
Sicil No: H128804

EK-I: Koç Üniversitesi Etik Kurul Kararı
EK-II: Kişisel Bilgi Veri Toplama Formu
EK-III: Bakım Verme Yükü Ölçeği
EK-IV: Akraba ve Arkadaş Desteği
EK-V: Sosyal Destek İndeksi

05.02.2018
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL E. A. H.
Genel Sekreterliği
Sicil No: H128804

12/02/18
1. Evrak Kayıt
2. TRSM Sorumlu
Bakanlık Yürütmesi.
9
Saime DEMİRCİOĞLU
Hemşire
Sicil No: H128804
Genel Sekreterliği
Eğit. ve Arast. Hast.