

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKOZ SERVİSLERİNDE YATAN HASTALARIN VE YAKINLARININ
BASAMAKLI TEDAVİ SİSTEMİ (TOKEN EKONOMİ) İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE
ÖNERİLERİ

Buket CANAN

Düzce Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak
Hazırlanmıştır

DÜZCE
2008

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKOZ SERVİSLERİNDE YATAN HASTALARIN VE YAKINLARININ
BASAMAKLI TEDAVİ SİSTEMİ (TOKEN EKONOMİ) İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE
ÖNERİLERİ

Buket CANAN

Düzce Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak
Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER

DÜZCE
2008

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

Yrd.Doç.Dr. Fatma EKER

(Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Üye

Yrd.Doç.Dr. Fatma EKER

(Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Üye

Yrd. Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMANI

(Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Üye

Yrd. Doç. Dr. Adnan ÖZÇETİN

(Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

(İmza)

Doç. Dr. Özlem YAVUZ

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimiyle bana yol gösteren ve bu çalışmanın ortaya çıkmasında her yönden yardım ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Fatma Eker'e; tezin hazırlanması ve düzenlenmesi aşamasında destek olan Öğr. Gör. Ayşe Kuzu'ya; Nermin Öyke'ye; Öğr. Gör. Ferhan Açıköz'e; Züleyha İdil'e; Yeşim Büyükkafadar Saymaz'a; Dr. Ishak Saygılı'ya; Gülay Ata'ya; Nuray Gözütok'a; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği çalışanlarına; Erenköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına; gösterdikleri duyarlılıktan dolayı çalışmaya katılan bireylere; Selma Karagöl ve ailesine; hayatım boyunca benden desteğini ve sevgisini esirgemeyen sevgili aileme ve varlığıyla bana umut veren Çağın Başar'a teşekkür ederim.

ÖZET

Bu çalışma; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD kapalı psikoz servislerinde uygulanan Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi) sisteminin etkinliğinin ve aksayan yönlerinin değerlendirilmesi için hastaların ve yakınlarının görüş ve önerilerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini psikoz servislerinde 1996–2006 yılları arasında yatmış 70 hasta ile 60 primer bakım verici hasta yakını oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmış, anketler yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde yüzdellik, ki kare ve Fisher's kesin ki kare testleri kullanılmıştır. Çalışmanın sonunda hastaların çoğunun tanısının şizofreni olduğu ve 10 yıldan fazla süredir hasta oldukları, Basamaklı Tedavi Sisteminin intern doktor tarafından tanıtıldığı, hastaların %32.9'una, hasta yakınlarının %56.7'sine Sistemin anlatılmadığı; hasta grubunun Sistemi daha zorlayıcı bulduğu, Sistemin günlük hayatını düzene soktuğunu ve kendi sorumluluğunu almasını sağladığını düşünen hastaların oranının hasta yakınlarına göre daha düşük olduğu; hem hasta hem de hasta yakınlarına göre hastaların evde sürdüremediği davranışların en çok sosyal aktivitelere katılmak, aile içindeki sorumluluklarını yerine getirmek ve ilaçlarını düzenli almak olduğu; davranışlara devam etmeme nedeni olarak en fazla ev ortamının uygun olmaması ve evde denetleyen birinin olmamasının gösterildiği belirlenmiştir. Basamaklı Tedavi Sisteminin daha etkili olabilmesi için hastalar sistemin daha az zorlayıcı ve baskılayıcı olmasını, tedavi ekibi ile hastalar arasındaki işbirliğinin artırılmasını ve hastaların durumuna göre basamak planının yapılmasını, hasta yakınları hastaların evde takibini önermişlerdir. Sonuç olarak, Basamaklı Tedavi Sisteminin hastaların tedaviye uyumunu ve sosyal becerilerini artırıcı diğer psikiyatrik rehabilitasyon programlarıyla birarada kullanılması; hastaların, bakım verici rolündeki hasta yakınlarının ve tedavi ekibinin Basamaklı Tedavi Sistemi ile ilgili görüş ve önerilerini tartışabileceği, deneyimlerini paylaşabileceği ortamların oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Basamaklı Tedavi Sistemi, Token Ekonomi, Psikoz Hastaları, Psikiyatrik Rehabilitasyon

ABSTRACT

This study is done as a descriptive to determine the ideas and proposals of the patients and their relatives for to estimate the affectness and the failing points of the Token Economy System used in the Department of Psychology of Medical Faculty of Ankara University. The sample of this study was 70 patients, who layed in the psychosis services of the hospital between 1996-2006, and 60 relatives, who gave primary care. A questionnaire form is used for collecting the data and the questionnaires are carried out by face-to-face meeting method. Percentage Chi-square and Fischer's absolute Chi-square tests are used for the statistical evaluation of the data. At the end of the study it was found that most of the patients had schizophrenia and they were ill more than 10 years, that the token economy system was introduced by the internal doctor, that the system was not explained to 32,9% of the patients and 56,7% of their relatives and the System was thought to be coercive by the group of patients. It is also designated that the ratio of the patients, who think that the System helps to regulate their daily lives and makes them have their own responsibilities, was lower than the relatives of the patients. Both patients and their relatives imply that the most important behaviours which the patients can't do at home were having social activities, fulfilling their responsibilities and to take their medicines regularly. The reason why they couldn't continue their behaviours at home was that the unsuitability of the ambiance and to have no controller. It suggested by the patients for the affectness of the Token Economy System that the System should be less pressing and coercive, that there should be a corporation between doctors and patients, there should be token plan done according to the patient's situation and the relatives should take care of the patients at home. It is suggested as a result that with the use of Token Economy System with other psychiatric rehabilitation programmes, which increase the congruity of the patients to the treatment and their social skills, and there can be some ambiances created, where patients, their relatives, who has the role of care giving, and the doctors can share their experiences about the Token Economy System.

Key Words: Stepped Care System, Token Economy, psychotics, psychiatric rehabilitation.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
TABLolar	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kronik Psikiyatrik Hastalıklar	4
2.1.1. Psikiyatrik Hastalıkların Epidemiyolojisi	4
2.1.2. Psikiyatrik Hastalıkla Yaşamak	4
2.1.3. Psikiyatrik Hastalıkların Rehabilitasyonu	5
2.2. Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)	7
2.2.1. Tanımı	7
2.2.2. Tarihçesi	8
2.2.3. Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)'nin Kullanım Alanları	9
2.2.3.1. Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)'nin Psikiyatri Kliniklerinde Kullanımı	11
2.2.3.2. Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi) Ankara Üniversitesi Psikiyatri Kliniği Örneği	13
2.2.3.2.1. Basamaklar	14
2.2.3.2.1.1. Birinci Basamak	14
2.2.3.2.1.2. İkinci Basamak	14
2.2.3.2.1.3. Üçüncü Basamak	14
2.2.3.2.1.4. Dördüncü Basamak	15
2.3. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Rol ve Fonksiyonları	17

3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Şekli	20
3.2. Araştırmanın Alt Problemleri	20
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	20
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	21
3.6. Veri Toplama Araçları	22
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu	22
3.6.2. Hasta Yakını Tanıtım Formu	22
3.7. Ön Uygulama	22
3.8. Verilerin Toplanması	22
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	23
4. BULGULAR	24
4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri	24
4.2. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Deneyimleri	28
4.3. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Düşünceleri	30
4.4. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Önerileri	34
5. TARTIŞMA	36
5.1. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)'ne İlişkin Deneyimleri	36
5.2. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)'ne İlişkin Düşünceleri	37
5.3. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)'nin	

Yararlarına İlişkin Düşünceleri	38
5.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)'ndeki Uygulamaları Evde Sürdürme Durumları ve Sürdürmeme Nedenleri	38
5.5. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)'ne İlişkin Önerileri	41
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	44
6.1. Sonuçlar	44
6.2. Öneriler	45
7. KAYNAKLAR	47
EKLER	
EK 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu	
EK 2: Hasta Tanıtım Formu	
EK 3: Hasta Yakını Tanıtım Formu	
EK 4: Tezin Uygulama İzin Yazısı	

SİMGELER VE KISALTMALAR

n: Olgu Sayısı

p: Anlamlılık Düzeyi

sd: Serbestlik Derecesi

χ^2 : Ki Kare Testi

% : Yüzde İşareti

BTS: Basamaklı Tedavi Sistemi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa No
2.2.3.2.1 Basamaklı Tedavi Sistemi Uygulaması Puan Sistemi	16
2.2.3.2.2. Basamaklara Göre Kazanılan Ayrıcalıklar	17
4.1.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	25
4.1.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalığına İlişkin Özellikleri	26
4.1.3. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri	27
4.2.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Deneyimleri	28
4.2.2. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Deneyimleri	29
4.3.1. Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Düşünceleri	30
4.3.2. Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sisteminin Yararlarına İlişkin Düşünceleri	31
4.3.3. Araştırmaya Katılan Hastalara ve Hasta Yakınlarına Göre Hastaların Basamaklı Tedavi Sistemindeki Uygulamaları Evde Sürdürme Durumları ve Sürdürmeme Nedenleri	32
4.3.4. Araştırmaya Katılan Hastalara ve Hasta Yakınlarına Göre Hastaların Basamaklı Tedavi Sistemine Devam Etme Durumları	33
4.4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Önerileri	34
4.4.2. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Önerileri	35

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruh sağlığı, kişinin kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürmesi olarak tanımlanabilir (Öz, 2004; Pektaş ve ark, 2006). Ruhsal hastalık ise, bireyin kendisine ve toplumun beklentilerine cevap verme yeteneğinin kaybolduğu, ruhsal dengesinin bozulduğu bir durumdur ve kısaca “yaşama kötü uyum” olarak tanımlanmaktadır. Bir kişinin ruhsal yönden hasta sayılabilmesi için sürekli ya da yineleyici bir biçimde davranışlarında tutarsızlık, uygunsuzluk, aşırılık ve yetersizlik görülmesi, bu davranışların bireyin verimli çalışmasını ve kişilerarası ilişkilerini bozması gerekmektedir (Anlar, 2002; Öztürk, 2002).

Ruhsal hastalıklar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, bütün sosyoekonomik düzeylerde, ırkta ve kültürel grupta görülebilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2001 Dünya Ruh Sağlığı Raporu'ndaki ilk verilere göre 450 milyon kişi ruhsal, nörolojik bozukluklar, alkol ve illegal ilaç kullanımına dayalı psikososyal problemlerden dolayı sıkıntı çekmektedirler. Her dört kişiden biri ruhsal ya da nörolojik hastalık geçirme riski ile karşı karşıyadır. Birçok ülkede yapılan toplum taramaları (Erginöz 2008) incelendiğinde, psikiyatrik hastalıkların sanılandan çok daha yaygın olduğu görülmektedir.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili sonuçlarına göre, ruhsal hastalıklar toplumun %17,2' sinde görülmektedir (Pektaş ve ark, 2006; DSÖ, 2001). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılında 15 ülke verileri ile yaptığı bir çalışmada ise Türkiye'de psikiyatrik rahatsızlıkların toplumun %16.4'ünde görüldüğü saptanmıştır. Ülkemizde şizofreni gibi ağır ruhsal hastalığı olan 500.000'den fazla kronik ruhsal hasta olduğu, en az 5–6 milyon bireyin de tedavi gerektiren orta derecede ruhsal bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir (Anlar 2002; Erginöz 2008). Görüldüğü gibi toplumda oldukça yaygın olan psikiyatrik hastalıklar hastaların olduğu kadar primer bakım verici rolündeki yakınlarının da yaşamlarının birçok alanını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Özellikle hastalıkların neden olduğu yıkımlar sonucu bireysel gereksinimleri karşılayabilmek, kişilerarası ilişkileri sürdürebilmek ve işini, okulunu ve/veya eğlence aktivitelerini sürdürebilmek gibi yaşamın birçok temel alanı zarar

görmektedir (Goff and Gudeman, 1999). Yapılan çalışmalarda (Worley, 1997; Anlar, 2002) kronik psikiyatrik hastaların uzun süreli hastane yatışları sonucu topluma katılma becerilerinin gelişmediği gibi, tek başına yaşamları için gereken bütçe ayarlama, yemek hazırlama, yeterli ve dengeli beslenme ve kişisel hijyeni sağlama gibi becerilerinin istendik düzeye ulaşmadığı ve bunun sonucunda primer bakım vericilere gereksinim duydukları belirlenmiştir. Bu nedenle hastaların toplum içinde üretken bir biçimde yaşayabilmeleri, kendi tedavilerinin sorumluluğunu alabilmeleri ve öz-bakımlarını sürdürebilmeleri için rehabilitasyon odaklı taburculuk faaliyetleri önem kazanmaktadır.

Gibson (1999)'un çalışmasında tekrarlı yatışlarda en önemli etmenlerin hastaneye yatan, ilaç tedavisi gören ve taburcu olan hastaların evde bakımı, günlük tedavisi, psikoterapisi, krize müdahale ve vaka yönetimiyle ilgili kaynak yetersizliği, daha da önemlisi hastaların bakımlarının taburcu olduktan sonra evde devam etmemesi olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle taburculuk eğitiminin son güne bırakılmaması, hasta kliniğe kabul edildiği anda başlaması ve taburcu olduktan sonra uygulanması beklenen öz-bakım, sosyal beceriler ve tedaviye uyuma yönelik davranışların henüz klinikteyken kazandırılması gereklidir.

Hastalarda kazandırılması istenen davranış değişikliğinin sağlanması ve bu değişikliğin kalıcılığı için, kullanılan modelin ne olduğu ve pekiştiricilerin niteliği önem kazanmaktadır. Kronik psikiyatri hastalarının yattıkları kliniklerde kullanılan, klinikte yattıkları sürece iletişim ve öz-bakım becerilerini arttırmaya, kendilerine ve başkalarına zarar vermeyi önlemeye yönelik kullanılan yöntemlerden biri *Token Ekonomi* (Basamaklı Tedavi Sistemi)'dir (Kazdin, 1982; Duman, 2003).

Ülkemizde 1996 yılından bu yana kapalı psikiyatri servislerinde uygulanan Basamaklı Tedavi Sistemi (BTS), Skinner'in *edimsel koşullanma* kuramına göre geliştirilmiş, olumlu uygun davranışın ödüllendirilmesi, uygun olmayan davranışın cezalandırılması üzerinden kişisel şartlanmaya bağlı olarak yürütülen bir davranışsal terapi biçimi olarak tanımlanmaktadır (Lieberman, 2000; Özden ve Özsan,2001). Klinik ortamda ilk kez Alyon ve Azrin (1968) tarafından kullanılan BTS, bugüne kadar bir çok ülkede rehabilitasyon ve eğitimsel amaçlı kullanılmış kapsamlı bir tekniktir (akt. Duman, 2003). BTS'de temel ilke; istenilen uyumlu davranış için ödül verme; istenilmeyen, olumsuz ya da kötü davranış için ödülü geri almadır. Verilen ya

da geri alınan ödülün ekonomik bir değeri olabileceği gibi, bazen hastaya verilen saatlik izin ya da ziyaretçi ile görüşme gibi haklar ödül olarak kullanılabilir (Goff and Gudeman, 1999; Özden ve Özsan, 2001).

LePage ve arkadaşları (2003)'nın çalışmasında BTS'nin psikiyatri hastalarının kendilerine ve başkalarına yönelik şiddet davranışlarını azalttığı, Nelson ve Cone(1979)'un çalışmasında da kişisel hijyen ve sosyal ilişkileri olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Ancak Kazdin (1982) sistemin uzun süreli etkilerinin, davranış değiştirmede ve değişen davranışların sürdürülmesindeki etkisinin incelenmesi gerektiğini bildirmiştir.

Hastaları taburculuk sonrası toplumsal yaşama hazırlayan BTS gibi uygulamaların başarılı olabilmesi için ekip çalışması gereklidir. Psikiyatri hemşireleri klinikte yatan hastaların bakım ve eğitiminden sorumlu olan, onlarla 24 saat yakından ilgilenen, değişiklikleri kolayca fark edebilecek konumdaki sağlık profesyonelleridir. Taburculuk sonrası toplumsal yaşama uyum sürecinde hastalara yardımcı olmak, psikiyatri hemşirelerinin temel amaçları arasındadır (Pektekin, 1992; Ekinci, 1995; Turgay, 1998). Aynı zamanda psikiyatri hemşireleri, yaptıkları uygulamaların etkinliğini değerlendirmek ve bakım alanlar tarafından nasıl değerlendirildiğini belirlemek için araştırmalar yaparak kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile mesleğin bilimsel temeline katkıda bulunurlar.

Ülkemizde 12 yıldır uygulanan BTS'nin hastalar ve bakım vericiler tarafından nasıl değerlendirildiği, hastaların istedik davranışları kazanmasında ve bu davranışları sürdürmesinde etkili olup olmadığına dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmacı tarafından BTS'den yararlanılma düzeyinin ve aksayan yönlerinin hastalar ve primer bakım verici rolündeki yakınları tarafından nasıl değerlendirildiğinin belirlenerek kliniklerdeki BTS uygulamalarının düzenlenmesinde yol gösterici olması düşünülen bir çalışma yapılmasına gereksinim duyulmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği'ndeki psikoz servislerinde uygulanan BTS ile ilgili hastaların ve primer bakım verici rolündeki yakınlarının görüş ve önerilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Psikiyatrik Hastalıklar

2.1.1. Psikiyatrik Hastalıkların Epidemiyolojisi

Psikiyatrik hastalıklar; bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında olağan dışı sapmaların bulunduğu, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu, kişisel yetilerin azaldığı, konuşma bozukluklarının olduğu ve duygulanımda uygunsuzlukların bulunduğu hem bireysel hem de sosyal problemlerdir. Bireyin işlevselliğindeki bozulmalar kendisinin ve çevresindeki kişilerin psikolojik ve fiziksel dengesini bozmakta, tedavide kullanılan nöroleptiklerin yan etkileri hasta bireyleri ve ailelerini zorlamakta, sonuç olarak kronik psikiyatrik hastalıklar hasta birey kadar hastanın yakınındaki insanları da etkilemektedir (Akkuş, 2000; Gülseren, 2002; Anlar, 2002).

Dünyada psikiyatrik hastalıklar her yıl yaklaşık 450 milyon kişiyi etkilemekte, ruhsal ve davranışsal rahatsızlıklar küresel hastalık yükünün %12'sini oluşturmaktadır. Küresel hastalık yüküne sebep olan 10 hastalığın 4. sırasında depresyon yer almakta, 70 milyon kişi alkol bağımlılığı, 50 milyon kişi epilepsi, 24 milyon kişide şizofreni yüzünden sıkıntı çekmektedir. Her sene bir milyon kişi intihar etmekte, 10–20 milyon kişi de intihara teşebbüs etmekte, her dört kişiden biri hayatlarının herhangi bir evresinde ruhsal bozukluk yaşamaktadır (DSÖ, 2001; Erginöz, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılında 15 ülke verileri ile yaptığı bir çalışmada, Türkiye'de psikiyatrik rahatsızlıkların toplumun %16.4'ünde görüldüğü saptanmıştır. Ülkemizde şizofreni gibi ağır psikiyatrik hastalığı olan 500.000'den fazla kronik ruhsal hasta olduğu, en az 5–6 milyon bireyin de tedavi gerektiren orta derecede psikiyatrik bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir (Anlar, 2002; Erginöz, 2008).

2.1.2. Psikiyatrik Hastalıkla Yaşamak

Psikiyatrik hastalığı olan bireyler hastalık belirtileri nedeniyle bireysel ve sosyal yaşamlarında, temel yaşam gereksinimlerini karşılamada önemli sorunlarla karşı karşıya kalırlar. Uyku, beslenme gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken güçlükler yaşayabilir, uyku problemleri (uykusuzluk, aşırı uyuma), beslenme problemleri (iştahsızlık, fazla yemek yeme) görülebilir. Hastaların kişisel bakımlarında da bozulmalar ortaya çıkar. Genel olarak görünüşleriyle ilgilenmeyebilir, banyo yapmayabilir, giysilerini değiştirmeyebilir ya da uygunsuz

giysiler giyinebilirler. Bireyler çevresindeki kişilerle olan ilişkilerinde duygu ve düşüncelerini ifade etmekte, çevresindeki kişilerin konuşmalarını anlamada ve uygun tepki göstermede yetersiz kalabilirler. Ayrıca bireylerde kişilerarası ilişkiler kurması için gerekli olan özgüven, enerji ve motivasyon azaldığından sosyal aktivitelere katılım yetersiz olabilir (Anlar, 2002; Worley 1997).

Hastalığın yol açtığı yorgunluk, güçsüzlük, kişilerarası etkileşimde bozulmalar, dikkat dağınıklığı, ilgi ve istek kaybı, bilgi, beceri ve öğrenme yeteneklerinde azalma gibi değişiklikler hastaların üretkenliklerinin azalmasına, iş yerinde ve evdeki sorumluluklarını aksatmalarına yol açar. Bu nedenle psikiyatrik hastalığı olan bireylerde yeti yitiminin azaltılmasına, ruhsal, toplumsal ve mesleki işlevselliğin artırılmasına, sonuç olarak da yaşam doyumunun/kalitesinin yükseltilmesine odaklı psikososyal rehabilitasyon çalışmaları önem kazanmaktadır (Anlar, 2002; Yıldız, 2003).

2.1.3. Psikiyatrik Hastalıkların Rehabilitasyonu

Rehabilitasyon, bireyin yeniden en yüksek düzeyde işlev görebilmesini sağlama sürecidir. Özellikle yeti kaybıyla giden kronik psikiyatrik hastalıklarda iyileşme sürecinin devamı ve kişinin yaşam kalitesinin artırılmasını hedefleyen, tedavinin önemli bir bileşeni ve uzantısıdır. Psikososyal rehabilitasyon uygulamaları ruh sağlığı bozulmuş bireylere yardım eden, toplum içinde daha özgür yaşamalarını amaçlayan ve bu doğrultuda araştırmalar içinde bulunan programlardır (Gürhan ve Üstün, 1994; Anlar, 2002).

Psikososyal rehabilitasyonun amacı, yeti kaybı olan hastalara sosyal, mesleki, eğitimsel, ailevi rollerinde en az yardımla doyumlu bir yaşam sürdürmeleri için gerekli becerileri öğretmek ve gerekli toplumsal destekleri sağlamaktır. Hastaların hasta kimlikleri dışında toplumsal bir birey olabilmelerini sağlamak ve kişiliklerine yeni boyutlar katabilmek rehabilitasyonun temel amaçlarından biridir. Hastanın kendisini toplum içerisinde bağımsız bir birey olarak algılaması ve aktif olması için yapılacak olan her girişim rehabilitasyon hizmetleri içerisinde değerlendirilmektedir. Toplumsal psikiyatrik rehabilitasyonda hastaların yeterlilik düzeyini arttırmak için beceri eğitimi, aile eğitimi, akran desteği, meslek kazandırma ve hasta-toplum etkileşim kaynaklarını artırma gibi girişimler düzenli ve organize bir şekilde uygulanmalıdır (Anlar, 2002; Yıldız ve ark., 2003; Duman, 2003).

Rehabilitasyon hizmetlerinin hastanın hastaneden taburcu edilmeden başlaması önerilmektedir. Psikiyatri hastalarının taburculuk sonrası bağımsız bir yaşam sürdürebilmesi için öz-bakımı konusunda bilgilendirilmesi ve motive edilmesi gerekir. Hastaların gereksinimlerinin belirlenmesi ve daha sonra hastane ile toplumdaki diğer kurumlar arasındaki işbirliğinin sürdürülmesi gerekir (Gibson, 1999; Anlar, 2002).

Hastaların toplum içinde bakım ve tedavilerini sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için taburculuk faaliyetleri önemlidir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde (Yıldız, 2005; Duman ve ark., 2007), topluma hazırlık programlarından geçmeyen ya da taburculuk eğitimi almayan hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra ilaç saatlerini ve dozunu değiştirdikleri, bazılarının hiç ilaç almak istemedikleri, kontrollere gelmedikleri, normal dışı ve kontrolsüz davranışlar sergiledikleri için aileleri tarafından çoğunlukla ilk çözüm olarak bir tedavi kurumuna başvurdukları belirlenmiştir. Bu bulgular ailelerin evde karşılaştıkları bu sorunlarla baş etmede yeterli donanıma sahip olmadıkları ve sorunun bir an önce çözümlenmesi için hastaneye başvurduklarını düşündürmektedir. Bu bağlamda öncelikle, hastaların ve ailelerinin gereksinimlerinin bilinmesi onları taburculuğa hazırlamada ilk adımdır.

Bu gereksinimler:

- Kullanılacak ilaçlar hakkında bilgi,
- Evdeki ve yaşamının diğer alanlarındaki sorumlulukları bilme,
- Hastalık belirtilerini tanımlayabilme,
- Hastalığın bundan sonraki takibine ve kontrollerine yönelik bilgi,
- Stresörlerle baş etmeyi öğrenme (Buldukoğlu ve ark., 2000).

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk gibi ciddi psikiyatrik hastalığı olan hastaların işlevselliklerini ve yaşam kalitesini arttırmak için toplum içerisinde yürütülen çeşitli rehabilitasyon çalışmaları bulunmaktadır. Bu alanda 2–4 ay gibi kısa süreli programların yaşam kalitesinin artmasında etkisi olsa bile klinik durumda belirgin bir değişikliğe neden olmadığı bildirilmektedir (akt. Doğan, 2002; Yıldız ve ark., 2003). Ancak Toplumsal Psikiyatrik Rehabilitasyon, Kulüp-evi, Toplumda Yaşama Programı ve Olgu Yönetimi gibi toplum içerisinde rehabilitasyon amaçlı yürütülen programların birkaç yıl gibi uzun süreli uygulamalarının hastaların klinik

düzelmelerinde, işlevselliklerinin artmasında ve öznel iyilik hallerinin devamında etkili oldukları bildirilmektedir. Toplum içerisinde uygulanan toplumsal psikiyatrik rehabilitasyon programlarının hastaların hastaneye yatışlarını azaltarak tedavi maliyetini de önemli ölçüde düşürdüğü bilinmektedir (Yıldız ve ark. 2003). Rehabilitasyonda amaç, hasta bireyin işlevsellik seviyesini arttırmaya yardım etmek ve riski azaltmak böylece yoğunluğu ve zorlayıcılığı daha düşük düzeyde olan bir bakım sağlamaktır. Belirtilen amaca yönelik psikososyal rehabilitasyon uygulamaları içinde değişik yöntemler uygulanır. Bunlardan birisi de BTS'dir.

2.2. Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)

2.2.1. Tanımı

BTS davranışçı psikoterapi uygulamaları içinde yer alan, özel olarak belirlenen davranışların meydana geldiği ya da problem davranışların olmadığı, yiyecek, oyuncak, boş zaman gibi diğer pekiştiricilerle belirli zamanlarda değiştirilebilen, poker çipleri ya da paraya benzemeleri nedeniyle jetonların biçimleriyle ikincil pekiştirmeye neden olduğu bir destek sistemidir (Rodriguez ve ark. 2005). Daha sonraları sosyal pekiştiricilerin jetonlardan daha anlamlı olduğu anlaşılmış ve şizofreni de dahil olmak üzere pek çok bozuklukta sosyal etkileşimleri olumlu yönde değiştiren pekiştiricilerin önemi vurgulanmıştır (Kazdin, 1982; Sungur 1997; Duman, 2003).

Hastaları istenen şekillerde davrandıklarında daha sonra bazı ayrıcalıklara sahip olmakla değiştirilebilen markalarla ödüllendirerek ve olumsuz, yıkıcı davranışları pekiştirmeyerek davranışta olumlu değişiklikler meydana getiren BTS psikiyatri kliniklerinde tedavi, rehabilitasyon ve eğitim ortamlarında umut verici bir yöntem olarak ortaya çıkmıştır. BTS'de önceden belirlenmiş pekiştiricilerin planlanmış, sistematik kullanımıyla hastaların öz-bakım, sosyal ve mesleki becerilerinde olumlu değişiklikler sağlanabilmektedir. Normal davranışı etkileyen "öğrenme kanunları" ile psikiyatrik hastalıkların psikopatolojik davranışı kavramsallaştırılmış, bu sayede hastalara uygulanan başarılı *edimsel koşullama* ciddi psikiyatrik hastalığı olan hastaların iyileşme ve güçlenmesine yardımcı olmuştur. Bireyin daha önceki denemelerde doyurucu sonuçlar sağladığını denediği tepkinin benzer durumlarda da yinelenmesini öğrenmesi burada işleyen mekanizmadır (Kazdin, 1982; Çifter, 1986; Liberman, 2000; Aslay, 2001).

BTS, hastanın davranış repertuarında en çok istenilen ve kabul görmesini sağlayan değişiklikleri yapan programlardır. Bu değişiklikler değişime yol açan sürecin oluşumunu ve davranışın yeniden şekillenmesini sağlar. Token kazanılması için daha önceden belirlenmiş program içindeki hedef davranışların yapılması gereklidir. Destekleyicilerin, kazanılan token'ların değerini arttıracak şekilde olması ve hastaların onları kazanmak için yaptıkları davranışlardan hoşnut olmaları gerekmektedir. Hastalara davranışlarında gösterdikleri gelişmelere uygun biçimde dağıtılan token'lar daha sonra her hastanın kendisi tarafından belirlenen sigara, şeker, tatlı, kişisel radyo, televizyonlar, tek kişilik odalar, özel ayrıcalıklar, aile ziyaretleri ve hastalar tarafından tercih edilen aktiviteler gibi ödüllere değiştirilmektedir (Lieberman, 2000; Duman, 2003). Corrigan (1995), psikiyatri hastalarının ödüllendirilen davranışları yineleme eğiliminde olduğunu ve ödüllerin uygun kullanımı yoluyla kendine bakım ve kişilerarası ilişkilerdeki beceri geliştirebildiğini bildirmiştir.

2.2.2. Tarihçesi

Kırk yılı aşan bir süre önce davranışçı psikolog Skinner'in ütopyik fikirleri ve prensiplerinden etkilenen öncü bilim adamları klinikte yatan ciddi psikiyatrik hastalığı olan çok sayıda hastanın problemlerini çözmek için BTS'yi geliştirmişlerdir (Lieberman 2000). İlk kez Alyon ve Azrin (1968), hastane ortamında bazı psikotik davranışların değiştirilmesinde BTS'yi kullanmıştır (akt. Duman, 2003). Bu koşullu pekiştirme programında hastalar için değeri olan belirlenmiş maddeler ve ayrıcalıklarla değiştirilebilen token'lar, son 15–60 gün üzerinden çoğunlukla iş performansı gibi uyumlu davranışları pekiştirmek için verilmiştir. Hastalar bu programda her bir deneyimle kendi kontrollerini ve gereksinimlerini karşılamaya başlamıştır. BTS uygulanmış, uygulama durdurulmuş ve yeniden uygulama başlatılmıştır. Birçok hastanın ilaçla tedavi görmediği bu çalışmada hedef davranışların, pekiştirme sağlandığı zaman arttığı, pekiştirme yöntemi uygulanmadığı zaman oldukça azaldığı ve pekiştirme tekrar uygulandığında yeniden arttığı bildirilmiştir.

Schaefer ve Martin (1966)'in çalışmasında şizofreni tanısı olan 40 bayan hastaya 6 ay süresince, öz-bakım, sosyal etkileşim, çalışma performansı gibi uyumlu davranışlar için BTS uygulanmış, token'ların ayrıcalıklar ve kullanılabilir maddeler

arasında değiştirilmesine izin verilmiştir. İlaç tedavilerinin belirtilmediği bu uygulama sonucunda aktif BTS grubundaki hastalar davranışsal sınıflandırılmada apatik davranışlarda bir azalma göstermiştir (akt. Dickerson ve ark., 2005).

Marks ve arkadaşları (1968)'nin 22 kronik şizofrenik erkek hastaya sosyal davranışları belirlemek için BTS ve günde bir saat destekleyici terapi olmak üzere iki koşulu dengeli kurallarla uyguladıkları çalışmada; token'lar 6 ay süresince kurallı bir şekilde yemek kazanmak için kullanılmıştır (her bir grup için 3 ay). İlaç tedavileri hakkında az miktarda verinin sağlandığı bu çalışma süresince ilaçlarda değişiklik yapılıp yapılmadığı kontrol edilmeye çalışılmıştır. Aynı serviste uygulandığı için iki uygulamayı ayrı tutmak zor olmasına rağmen her iki yaklaşımın kapsamlı etkileri arasında önemli farklılıklar bulunamamıştır (akt. Dickerson ve ark., 2005).

Özellikle 1970'li yıllarda BTS psikiyatrik hastalıkların tedavisinde bir tedavi yöntemi olarak hızla gelişmiştir (Kazdin, 1982). Shean ve Zeidberg (1971) çoğunluğu psikotik 42 kronik psikiyatri hastasına bir yıl süresince uyguladıkları BTS programında ortalama ilaç dozları düşük olan bu hasta grubunda token'larla öz-bakım, çalışma performansı, iletişim ve işbirliği gibi uyumlu davranışlarda önemli ilerlemeler kaydedildiğini bildirmiştir (akt. Dickerson ve ark., 2005).

2.2.3. Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)'nin Kullanım Alanları

BTS kullanımıyla ilgili birçok hasta grubunda ve ortamda çalışmalar yapılmıştır. Psikiyatri hastaları, suçlular, mental retarde bireyler, okul çağındaki çocuklar vb. gruplarla ilgili birçok program oluşturulmuş, 1960'lı yılların sonları ile 1970'li yılların başlarından itibaren uygulama alanları oldukça artmıştır. Bu alanlardaki gelişmeler dikkati çektikçe, programlar alt gruplara doğru yayılmaya başlamış, psikiyatri grubu içerisinde de kronik psikiyatri hastalarından akut bozukluklara, organik beyin sendromlarına, psikosomatik bozukluklara ve otistik çocuklara kadar uzanmıştır. Ayrıca davranış bilimleri, davranış ekolojisi, toplum psikolojisi ve geriatrik psikoloji gibi yeni araştırma alanlarına yayılmıştır (Kazdin, 1982).

Lieberman (2000)'in bildirdiğine göre, 1960 ve 1970'lerde antipsikotik ilaçlara yetersiz yanıt veren rezidüel bir grup şizofreni hastası BTS'nin adayları olmuş ve bu programlar hızlı bir biçimde artarak ABD ve Avrupa'da toplam 110 program uygulanmaya başlanmıştır. Kontrollü araştırmalar çeşitli ortamlarda ve özel eğitim

sınıflarındaki çocuklar, mental retarde, davranış bozukluğu olan ergenler ve psikiyatrik hastaları içeren pek çok hasta grubunda BTS'nin etkinliğini ortaya koymuştur. Sınıf düzenini bozan olumsuz öğrenci davranışlarının azaltılmasıyla ilgili yapılan çalışmalarda da BTS kullanımının etkinliği bildirilmektedir (akt. Wille, 2002).

Nelson ve Cone (1979) kronik psikiyatri hastaları ile yaptıkları çalışmada da yatarak tedavi gören 16 kronik psikiyatri hastası arasında pekiştirici olarak 12 davranış seçtikten sonra kişisel hijyen, kişisel idare, alan çalışması ve sosyal becerileri içeren dört grup oluşturulmuştur. Her bir grup için sıralı, kümülatif, çoklu temel formatta bir BTS geliştirilmiştir. Tedavi değişkenleri sistematik olarak izlenip hedef davranış oranları, ayrıntılı bireysel işlevsellik düzeyleri başlangıçta, uygulama esnasında ve belirli zaman aralıklarında değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda pek çok hedef davranış performansında ani ve tatmin edici artışlar, ayrıntılı bireysel işlevsellikte belirgin ilerlemeler, genel saha davranışlarında pozitif değişiklikler ve saha dışı aktiviteler sırasında sosyal etkileşimde artış olduğu bildirilmiştir.

Tarbox ve arkadaşları (2006) otizmde token pekiştirme ve ayırma programının kullanımının çocuğun dikkat davranışının artmasında etkili olduğunu, Carton ve Schweitzer (1996) BTS kullanımının pediatrik hemodiyaliz hastalarında hemodiyaliz sırasında uyumu arttırdığını, Okamoto ve arkadaşları (2002) anoreksiya nervosa hastalarda BTS kullanımının kilo artışı sağladığını belirtmişlerdir.

Öğrenme güçlüğü olan çocuklarda BTS'nin sosyal övgü ile karşılaştırıldığı çalışmalarda, öğrenme güçlüğü olan öğrencilerin değişik davranışlarında BTS ile sosyal övgü arasında anlamlı bir fark bulunamamış, ancak BTS ile öğrenme güçlüğü bulunan çocukların değişik davranışları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir (akt. Waggy, 2002).

Oktar ve Demirel (1996), ilköğretim beşinci sınıf öğrencilerinde, BTS uygulanan öğrencilerin öğrenme düzeylerinde, geleneksel öğretim uygulanan öğrencilere göre anlamlı artış olduğunu bildirmiştir.

BTS hastanede yatan ve toplumsal tedavi programlarına katılan ciddi psikiyatrik hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerde etkili olmasına karşın yaygın olarak benimsenmemiştir. Corrigan (1995)'a göre, BTS ile ilgili sıkça rastlanan eleştirel

yazılar bu tedavi stratejisinin nadir kullanılmasını açıklamaktadır. Bu eleştiriler, BTS'nin etkili olmadığına, yararlarının diğer ortamlara genellenemediğine, BTS'nin bireysel tedavi planlarını desteklemediğine, aşağılayıcı olduğuna ve kötüye kullanılabilmesine yönelik tedavi ekibinin algılamalarını içermektedir. Corrigan (1995), bu tür olumsuz eleştirilerin birçoğunun yanlış yorumlara dayandığını ve deneysel araştırmalarla gerçeğin ortaya konabileceğini bildirmiştir.

2.2.3.1. Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)'nin Psikiyatri Klinikleri'nde Kullanımı

Maley ve ark. (1973)'nin 40 kronik şizofreni hastasına olumlu ve olumsuz pekiştiricilerle BTS uyguladığı çalışmada; BTS ünitesindeki hastaların hem oryantasyon gibi bilişsel görevler üzerine hem de görüşmelerden yapılan davranışsal düzelme sonuçları üzerine karşılaştırma grubundaki hastalardan daha iyi performans gösterdiğini bildirilmiştir (akt. Dickerson ve ark., 2005).

Paul ve Lentz (1977) 18-55 yaş aralığındaki 84 kronik psikotik hastayla yaptığı çalışmada; planlanmış birçok eğitim aktivitesi ve BTS'yi kapsayan sosyal öğrenme programlarının uygulandığı hasta grubunun geleneksel servis tedavisi uygulanan karşılaştırma grubuna göre hastanede daha az süre kaldığını ve psikotrop ilaçlara daha az gereksinim duyduğunu; sosyal öğrenme grubundaki hastaların %97'sinin iletişim gibi alanlarda, %71'inin terapötik ortamda başarılı olduğunu bildirmiştir (akt. Dickerson ve ark., 2005).

Baker ve ark. (1977) ve Hall ve ark. (1977)'nin 48 yaş altı, paranoid tipte olmayan, birbirine benzer üç gruba ayrılmış 18 kronik şizofreni hastaya 12 ay süresince, uyumlu davranışlar için BTS uyguladıkları çalışmada, sosyal övgü ve geribildirim koşuluyla BTS'nin uygulandığı ve uygulanmadığı aynı servis üzerinde iki karşılaştırma grubu belirlemişlerdir. Standart ilaç tedavisini kabul eden hastalar; iki aktivite tedavi grubunda da olan servis hemşireleri tarafından değerlendirilmiştir. Aktivite tedavi gruplarının her ikisi de davranışsal ölçümler üzerinde ilerlemiş fakat gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunamamıştır (akt. Dickerson ve ark., 2005).

Elliot ve ark. (1979) kronik şizofrenili 18 hastada 3 ay süresince sosyal etkileşimler, çalışma alışkanlıkları, öz-bakım alanlarında pekiştiricilerle desteklenen BTS programı uygulamıştır. İlk BTS evresi süresince hastalar, hemşire ve psikiyatrist değerlendirme ölçeğinin bütün ölçümlerinde, davranış kontrol listesinde

bulunan dezorganize düşünce ve irritabilite dışındaki davranışlarda ilerleme göstermiştir. BTS uygulamasının durdurulduğu çalışmanın ikinci evresinde davranış ve belirtilerde biraz kötüleşme görülmüştür. BTS uygulaması yeniden başlatıldığında ise bazı olumlu davranışlarda ilerleme kaydedildiği, olumsuz bazı davranışların da azaldığı bildirilmiştir (akt. Dickerson ve ark., 2005).

Rimmerman ve ark. (1991), kronik psikiyatrik hastalığı olan ve üç ayrı yetişkin bakım evinde 18 aydan daha fazla süredir kalan 617 ayaktan hastaya BTS uygulamış ve sonuç olarak BTS uygulanan evlerdeki hastaların uygulanmayanlara göre tüm ölçümler üzerinden daha iyi sonuçlara sahip olduğunu bildirmiştir (akt. Dickerson ve ark., 2005).

Li ve Wang (1994)'ın hastalık süresi 5 yıl ve üstü olan, negatif belirtilerin olduğu, çalışma genelinde ilaçlarını önceki dozlarına göre kullanan, 52 şizofreni hastasına 3 ay üzerinden BTS ve yaşam becerileri geliştirme programı uyguladığı çalışmanın sonucunda uygulamanın sonlandırılmasından sonra BTS grubunda şizofreninin negatif semptomlarının önemli ölçüde azaldığı görülmüştür (akt. Dickerson ve ark., 2005).

LePage (1999), acil psikiyatri ünitesinde BTS uygulamasından önceki ve sonraki olumsuz olay sıklıklarını karşılaştırdığı çalışmasında, uygulamadan önceki dört aylık periyotta 129 olan olumsuz olayların sayısının uygulamadan sonraki dört aylık periyotta 73'e düştüğünü yani %43'lük bir azalma olduğunu bildirmiştir. Personel ve hasta yaralanmalarının her ikisinde de önemli bir azalma görüldüğünü, acil ilaç uygulamalarında istatistiksel olarak önemli olmayan küçük bir artış görülmesine rağmen, bulguların akut durumda BTS kullanımının negatif olayları azalttığı görüşünü desteklediğini belirtmiştir.

LePage ve arkadaşları (2003)'nın, yataklı akut psikiyatri servisinde token ekonomi sisteminin hasta saldırganlığını azaltmadaki uzun dönem etkilerinin incelendiği bir başka çalışmada, sonuçların BTS uygulamasından önceki 12 ay ile karşılaştırıldığında toplam hasta saldırılarında ve personel yaralanmalarında belirgin bir azalma görüldüğünü; 2 yıllık takip sonucunda BTS sisteminin yeni beceriler kazanma, istenmeyen davranışların azaltılması, saldırganlığın azaltılması, tedaviye uyumun artırılması ve psikiyatri ünitesi yönetiminin iyileştirilmesini içeren çeşitli davranışların değiştirilmesinde etkili bir yol olduğu belirlenmiştir.

2.2.3.2. Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Örneği

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde BTS uygulaması hastaların temizlik, öz bakım, servis kurallarına uyma, aktivitelere katılma gibi alanlarda değerlendirilip, olumlu davranışları karşısında puan aldığı ve yeterli puan topladıklarında basamak atlayarak bazı ayrıcalıklar kazandığı bir yöntem olarak 1991 yılında Gündüz Hastanesi'nde başlatılmıştır. Psikoz servislerine hastalığı daha şiddetli olan hastalar kabul edildiği için uygulama biraz daha basitleştirilip, verilen ayrıcalıklar farklılaştırılarak kapalı servislerde uygulanabilecek şekilde düzenlenen BTS 1996 yılında Kadın ve Erkek Psikoz servislerinde uygulanmaya başlanmıştır. Hastalara jetonla alacakları ödülleri yerine, ayrıcalıklar verilmesinin tercih edilmesi ve puan uygulamasının daha kolay olması nedeniyle uygulamada jeton yerine puan verilmesi kararlaştırılmıştır. Tablo-2.2.3.2.1'de verilen puanlar, Tablo-2.2.3.2.2'de de basamaklara göre ayrıcalıklar özetlenmiş, tablolar büyük poster haline getirilip hem servisin içine hem de primer bakım verici rolündeki yakınları düşünülerek dışına asılmıştır (Özden ve Özsan, 2001).

BTS ilk olarak Erkek ve Kadın Psikoz servislerinde hastalarla birlikte bir toplantı yapıp uygulama anlatılıp, soruları yanıtlandıktan sonra hastalar dört basamağa bölünerek uygulanmaya başlanmıştır. Kata daha sonraki günlerde kabul edilen hastalar ilk basamaktan başlatılmış, onlara uygulamayı sorumlu hemşire anlatmıştır. Bu hemşirenin görevi, yeni hastalara uygulamayı anlatmak dışında, eskilere hatırlatmalarda bulunmak ve günlük olarak hastaların puanlarını verip, basamaklarını izlemektir. Bir hemşirenin bu uygulamayla görevlendirilmesi diğerlerinin iş yükünü arttırmıştır. Hemşirelerden alınan geribildirim ve tedavi ekibinin gözlemleri bu artışın üstesinden gelinmeyecek düzeyde olmadığı şeklinde olsa da hemşireler zamanla bu sistemin dışında kalmışlardır (Özden ve Özsan 2001).

Servislerde BTS uygulamasından servis psikologu ve sosyal hizmet uzmanı sorumludur. Hastalara servise ilk yatışlarında sistemi intern doktorlar anlatmaktadır. Günlük değerlendirmeler de intern doktorlar tarafından yapılmaktadır. BTS'de hastalardan istenen tutum ve davranışlar, kendine bakım ve çevre düzeni (1. Grup) ile tedavi ortamına uyum (2. Grup) başlıkları altında toplanmıştır. Kendine bakım ve çevre düzeni başlığı altında toplam 15 istendik tutum ve davranış vardır. Davranışların

her biri için bir puan kazanılıp, basamak atlamak için her gün en az 14 puan (toplam 70 puan) toplamak ve son beş maddeden tam puan almak zorunludur. Tedavi ortamına uyum başlığı altında toplam altı madde vardır. Davranışların her biri için iki puan kazanılıp, basamak atlamak için birbirini izleyen beş gün en az 10 puan (toplam 50 puan) kazanmak zorunludur. Duruma göre 0–1–2 puan verilmektedir. Örneğin gruba katılmak 1 puan, aktif olarak katılımında bulunmak 2 puan olarak değerlendirilmektedir (Özden ve Özsan, 2001; Duman, 2003) .

2.2.3.2.1. Basamaklar

2.2.3.2.1.1. Birinci Basamak

Birinci basamakta hastaların hemen hemen hiçbir ayrıcalığı bulunmamaktadır. Bu basamaktaki hastaların ziyaretçileri ile görüşmeleri ve servis dışına çıkmaları yasaktır. Yalnızca 17.00–21.00 saatleri arasında kendilerini servis telefonundan arayan yakınları ile görüşebilirler. Bu hastalardan birinci gruptaki kurallardan (Tablo 2.2.3.2.1) ardı ardına 5 gün yeterli puan (her gün en az 14 puan, toplam 70 puan) toplayan hastalar ikinci basamağa ve ardından beşer gün arayla diğer basamaklara geçmektedirler.

2.2.3.2.1.2. İkinci Basamak

İkinci basamaktaki hastalar ziyaretçi kabul edebilir, bir refakatçi (yakınları, intern doktorlar ya da servis görevlileri) eşliğinde bahçeye çıkabilir, kantine gidebilir, kat dışındaki kartlı telefonu kullanabilir, servis dışında masa tenisi oynayabilirler. Bu hastalar arasında evi Ankara’da olanlar ya da Ankara’da birinci dereceden yakınları bulunanlar tedavi ekibi tarafından da onaylandıysa refakatçi eşliğinde hafta sonu iznine çıkabilirler.

İkinci basamakta olan hastalardan Tablo 2.2.3.2.1’de verilen birinci gruptaki kurallardan sürekli olarak her gün en az 14 puan, ikinci gruptaki kurallardan beş iş günü boyunca her gün 10 puan (toplam 50 puan) alabilenler üçüncü basamağa geçmeye hak kazanırlar.

2.2.3.2.1.3. Üçüncü Basamak

Bu basamaktaki hastalar ikinci basamak hastalarına verilen hakları refakatsiz olarak kullanabilirler. Kat dışındaki kartlı telefonu kullanabilir, kat dışındaki kafeteryaya gidebilir ve ekip tarafından onaylandığı takdirde hafta içinde refakatle saatlik izne çıkabilirler. Üçüncü basamaktaki hastalardan her gün birinci gruptan en

az 14, ikinci gruptan 10 puan alan ve izinlerini kötüye kullanmayan hastalar bu basamakta beş iş günü kaldıktan sonra dördüncü basamağa geçmeye hak kazanırlar.

2.2.3.2.1.4. Dördüncü Basamak

Dördüncü basamaktaki hastalar üçüncü basamak hastalarına tanınan hakları kullandıkları gibi bu basamağın hastaları gündüz hastası statüsü kazanırlar. Evi Ankara'da olanlar akşamları saat 16.00'dan itibaren evlerine gidebilirler. Evine giden hastaların sabahları servise en geç saat 10.00'da gelmeleri gerekir. Hastaların hafta sonu izinleri 3 ya da 4güne uzatılabilir.

Bu basamaktaki hastalar her gün birinci gruptaki kurallardan 14, ikinci gruptaki kurallardan 10 puan almak zorundadır. Bu koşulları yerine getiren hastalar tedavi ekibinin uygun gördüğü en kısa sürede hastaların da görüşleri alınarak taburcu edilmektedir (Özden ve Özsan, 2001; Duman, 2003).

Tablo–2.2.3.2.1 Basamaklı Tedavi Sistemi Uygulaması Puan Sistemi

	KURALLAR	PUANLAR
1. GRUP	<ol style="list-style-type: none">1. Zamanında uyanmak2. Elini yüzünü yıkamak3. Dişlerini fırçalamak4. Saçını taramak5. Yatağını toplamak6. Kılık kıyafetine dikkat etmek7. Odalarda sigara içmemek8. Odalarda yemek yememek ve yiyecek bulundurmamak9. Odasını temiz ve düzenli tutmak10. Gündüz uyumamak, yatmamak11. İlaçlarını düzenli almak12. Servisi izinsiz terk etmemek ya da kaçmaya çalışmamak13. Kendine zarar vermemek14. Başkalarına zarar vermemek15. Servis eşyalarına zarar vermemek	<p>Her biri 1 puan</p> <p>Toplam 15 madde</p> <p>Her gün en az 14 puan alınmalı</p> <p>Son beşinden tam puan alınmalı</p>
2. GRUP	<ol style="list-style-type: none">1. Tedaviyi kabul etmek, (taburcu olma konusunda ısrar etmemek)2. Servis içi mekânları amacına uygun kullanmak (yatak odalarını gündüzleri yemek, uyumak ya da yatmak için kullanmamak, salonda yatmamak vb.)3. Grup aktivitelerine katılmak (grup terapisi, çay saati, uğraş tedavisi vb.)4. Tedavi ekibi odasına izinsiz girmemek5. Kol ve görevlerini düzenli olarak yerine getirmek6. İzin sürelerine uymak	<p>Her biri 2 puan</p> <p>Toplam 6 madde</p> <p>Her gün en az 10 puan alınmalı</p>

BTS’de basamaklara göre hastalar bazı ayrıcalıklar kazanırlar. Kliniğe kabul edilen hastalar genellikle birinci basamak adı verilen giriş basamağına kabul edilmektedir. Hastanın durumuna göre basamaklar yeniden düzenlenebilmekte, tedavi ekibinin uygun gördüğü durumlarda yeni yatan bir hasta direk olarak ikinci basamaktan başlayabilmektedir.

Her basamak bir önceki basamağın ayrıcalıklarını da kapsamaktadır. Hastalar birinci basamaktayken sadece birinci gruptaki kurallara uyması beklenirken, diğer üç basamakta hem birinci hem de ikinci gruptaki kurallara uyması istenmektedir. Herhangi bir basamakta basamak atlamayı gerektiren puanları toplayamayan hastalar gerekli puanı toplayana kadar buldukları basamakta beklerler. Basamak gerileme ancak kendine, başkalarına, eşyalara zarar verme ve servisten izinsiz ayrılma durumunda söz konusudur. Her basamak geçişlerinde, Tablo 2.2.3.2.2’de de görüldüğü gibi, çoğunlukla izinlerle ilgili ayrıcalıklar kazanmaktadırlar.

Tablo–2.2.3.2.2. Basamaklara Göre Kazanılan Ayrıcalıklar

AYRICALIKLAR*	
1. BASAMAK	Giriş basamağı olduğu için hemen hemen hiçbir ayrıcalık yok. Dışardan telefon kabul telefon kabul edebilir, önemli bir şey için dışarıyı arayabilir.
2. BASAMAK	Hafta sonu eve izinli çıkabilir.** Ziyaretçi kabul edebilir.
3. BASAMAK	Dışarıyı kat dışındaki telefonla arayabilir. Kat dışındaki kafeteryaya gidebilir. Hafta içinde saatlik izne çıkabilir.**
4. BASAMAK	Hafta sonu iznini 3 ya da 4 güne uzatabilir Ankara’da evi ya da birinci dereceden yakını olanlar durumu uygunsa akşamları evinde kalıp, gündüzleri kata gelebilir. İlk uygun zamanda taburcu edilirler.

* Her basamak bir önceki basamağın ayrıcalıklarını da kapsamaktadır.

** Tedavi ekibi tarafından onaylanarak

2.3. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Rol ve Fonksiyonları

Kronik psikiyatri hastalarının hastalığı yönetme becerilerinin gelişmesini, aile ve toplumda işlevsellik düzeylerinin artmasını ve yaşam kalitesinin yükselmesini

sağlamaya yönelik uygulamaların başarılı olabilmesi için ekip çalışması anlayışı içinde yürütülmesi, hasta ve ailesinin de sürece katılması gerekmektedir. Psikiyatri hemşireleri klinikte hasta ile en uzun süre bir arada bulunan, değişiklikleri kolayca fark ederek tedavinin olumlu yönde sonuçlanmasını etkileyebilecek bir konumdadır. Hastaların kendilerini kabullenmelerine, kendileri ve çevreleri ile olan iletişim ve ilişkilerini sağlıklı bir biçimde sürdürebilmelerine yardım etmek ve toplumsal yaşama yeniden uyum sağlayabilecek bir duruma gelmelerinde rol almak psikiyatri hemşiresinin temel amaçları arasındadır (Turgay, 1988; Ekinci, 1995; Duman, 2003).

Hastanede kalış süresinin kısalmasıyla birlikte, hastanın tedavi ortamına hızlı ve uygun bir biçimde uyum sağlaması önemlidir. Hastanın poliklinikten karşılanması, servise uyumuna yardımcı olunması, tıbbi tedavi hizmetleri, hasta ve ailesinin eğitimi, hastaların ilişkilerinin, davranış ve tutumlarının gözlemlenip, değerlendirilmesi, sosyal etkinliklerinin yürütülmesi, günlük yaşantılarının ekibe rapor edilmesi hemşirenin ekip içindeki görevleridir. Hemşirenin amacı planlı hemşirelik aktivitelerine hastanın katılımını sağlamaktır. Hemşire hastanın güçlerini kendi yararı için kullanmasını sağlayarak olumlu benlik kavramının gelişmesine, olumlu kişilerarası ilişkiler oluşturmaya ve daha bağımsız işlev görmesine yardımcı olabilir (Buldukoğlu ve ark. 2000; Duman, 2003).

Hasta hastanede yattığı sürece dışarıdaki yaşama hazırlanmalı ve bunun farkında olmalıdır. Hemşire kliniğe yatan her hastayı yattığı andan başlayarak değerlendirir, bakım gereksinimlerini saptar ve hasta bakım planını hazırlar. Hastaları doğrudan gözleme olanağı olan psikiyatri hemşiresi tedavi için gerekli bilgilerin toplanmasını sağlar. Hemşire hasta bireye yönelik hastaneye yatmadan önceki bağımsız fonksiyon görme becerisi, bakımına katılma düzeyi, bireyin güçleri, kullandığı baş etme mekanizmaları, fiziksel, duygusal ve entelektüel alanlardaki yaşama, öğrenme ve çalışma becerileri gibi birçok alanda veri toplar. Topladığı verileri inceler, çözümler, yorumlar ve hemşirelik tanımlarını belirler. Daha sonraki amaçlarının başarılı olması tanılamının doğru yapılmasına bağlıdır. Bunu sağlamak da iyi bir gözlemle mümkün olmaktadır (Ekinci, 1995; Buldukoğlu ve ark. 2000).

Hemşireler, hastaların sağlığa ilişkin davranışlarıyla ilgilenirler. Bu nedenle de var olan sağlıksız davranışlarını değiştirmelerine ve yeni sağlıklı davranış örüntüleri kazanmalarına yardımcı olmaya çalışırlar (Buldukoğlu ve ark. 2000).

Psikiyatri hemşiresinin rol ve sorumlulukları incelendiğinde BTS'nin uygulandığı kliniklerde psikiyatri hemşirelerinin aktif bir şekilde yer alması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde BTS ile ilgili sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmakla birlikte bu sistemin hasta ve primer bakım verici rolündeki yakınları açısından nasıl algılandığına dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hasta ve yakınlarının psikiyatri kliniklerinde tedavi amaçlı uygulanan BTS'ye uyumları ve bu sistemle ilgili görüş ve önerilerinin değerlendirilmesi psikiyatri hastalarının tedavisi ve rehabilitasyonu açısından önem taşımaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, tek grup tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

1. Araştırmaya katılan hastalarla hasta yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine ilişkin düşünceleri farklı mıdır?
2. Basamaklı Tedavi Sisteminin hastaların hayatını düzene sokması konusunda hastalarla hasta yakınlarının düşünceleri farklı mıdır?
3. Basamaklı Tedavi Sisteminin hastaların kendi sorumluluğunu almasını sağlaması konusunda hastalarla hasta yakınlarının düşünceleri farklı mıdır?
4. Araştırmaya katılan hastalarla hasta yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemindeki davranışları evde sürdürme konusunda bildirimleri farklı mıdır?
5. Araştırmaya katılan hastalarla hasta yakınlarına göre Basamaklı Tedavi Sistemindeki davranışlarının evde sürdürülmeme nedenleri farklı mıdır?
6. Araştırmaya katılan hastalarla hasta yakınlarına göre evde sürdürülmeyen Basamaklı Tedavi Sistemindeki davranışlar farklı mıdır?
7. Araştırmaya katılan hastalarla hasta yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine ilişkin önerileri nelerdir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Psikoz Servislerinde yapılmıştır. 1941 yılında Dikimevi Askeri Kışlasında kurulan Askeri Gülhane Hastanesinin Nöropsikiyatri kliniği ile başlayan Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Türkiye’de psikiyatri alanında pek çok yeniliğin öncüsü olmuştur. Dr. Abdulkadir Özbek tarafından başlatılan "tedavi ortamı" uygulamaları, Dr. Celal Koksal ve Dr. Cumhuriyet Kerimoğlu tarafından kurulan ilk yataklı psikosomatik hasta servisi, Dr. Abdulkadir Özbek ve Dr. Celal Odağ tarafından ilk defa başlatılan grup tedavileri, psikodrama uygulamaları kliniğin Türkiye’deki öncü uygulamalarından bazılarıdır. Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi) de 1991 yılında Gündüz Hastanesi’nde, 1996 yılında da Kadın ve Erkek Psikoz servislerinde başlatılmıştır. Basamaklı Tedavi Sistemi operant şartlanma ve sosyal öğrenme ilkelerine dayanan bir tedavi yöntemidir. Psikoz servislerine yatan hastalara önce hemşire tarafından servis tanıtılır. Daha sonra intern doktor tarafından Basamaklı

Tedavi Sisteminin ilkeleri anlatılır. Günlük değerlendirmeler intern doktor ve psikolog ya da sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Servislerinde 01.01.2006 – 31.12.2006 tarihleri arasında yatan hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq} \text{ (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2002).}$$

Bu formül hesaplanırken aşağıdaki değerler kullanılmıştır.

n= örneklem alınacak birey sayısı

N= 232 (Bir yılda yatan hasta sayısı)

t=1.96 (%5 anlamlılık düzeyinde)

p=%2 (Ruhsal hastalıkların toplumda görülme oranı)

q=%82 (1-p)

d= 0.05 (p değerini için öngörülen yanılma payı)

Formülde değerler yerine konduğunda, n:115 birey sonucu çıkmaktadır.

Araştırmaya son on yıl içinde kapalı psikoz servislerinde yatarak tedavi görmüş, polikliniğe kontrole gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar (n:70) ve primer bakım verici rolündeki yakınları (n:60) olmak üzere 130 birey alınmıştır. 30 hasta ve 50 hasta yakını araştırmaya katılmayı kabul etmemiŐtir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde son on yıl içinde yatmış ve polikliniğe kontrole gelen hastalarla ve primer bakım verici rolündeki yakınlarıyla sınırlıdır.

2. Basamaklı Tedavi Sisteminin gerektirdiği davranışları evde sürdürme durumu daha önce Basamaklı Tedavi Sistemi'nin uygulandığı psikoz kliniklerinde yatıp taburcu olan hastalar ve primer bakım verici rolündeki yakınlarının bildirimine göre değerlendirilmiştir.

3. Hastalar ve primer bakım verici rolündeki yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi'ne ilişkin görüş ve nerileri anketlerdeki sorularla sınırlıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları anket formu şeklinde hazırlanmıştır. Araştırmacı tarafından polikliniğe gelen hasta ve hasta yakınlarıyla görüşmeler yapılmış ve anket sorularının çoğunluğu hasta ve hasta yakınlarının kolayca yanıtlayabileceği kapalı uçlu soruya dönüştürülmüştür. İlgili kliniklerde çalışan doktor ve hemşirelerle görüşülerek hastalardan evde devam etmesi beklenen Basamaklı Tedavi Sistemine ilişkin davranışlar belirlenmiştir. Daha sonra ön uygulama yapılarak ankete en son hali verilmiştir.

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu şeklindeki Hasta Tanıtım Formu, hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalığa ilişkin özellikleri ve Basamaklı Tedavi Sistemine ilişkin deneyimleri, görüş ve önerilerine yönelik 23 açık uçlu ve çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Hasta Yakını Tanıtım Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu şeklindeki Hasta Yakını Tanıtım Formu, primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri, bakımından sorumlu olduğu hastaya ilişkin özellikler ve Basamaklı Tedavi Sistemine ilişkin deneyimleri, görüş ve önerilerine yönelik 20 açık uçlu ve çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır.

3.7. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının ön uygulaması 01.04.2007- 15.04.2007 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğine başvuran 10 hastaya ve 10 hasta yakınına uygulanmıştır. Ön uygulama sonunda anketlere en son hali verilmiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılan hastalardan ve yakınlarından yazılı onam (Ek-1) alındıktan sonra poliklinikte sessiz ve rahat bir ortamda, yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler toplanmıştır. Araştırmanın verileri 15.04.2007–15.04.2008 tarihleri arasında toplanmıştır. Hastaların ve primer bakım verici rolündeki yakınlarının anketleri uygulama konusundaki yeterlilikleri değerlendirilmiş, anketi kendisi uygulayamayacak durumda olanlara anket soruları araştırmacı tarafından anlaşılır şekilde okunmuş, yanıtları ankete kaydedilmiştir. Anketin uygulama süresi

ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bir istatistik programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdellik, ki kare ve Fisher's kesin ki kare testleri kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılması için kurum izni alınmıştır. Hasta ve hasta yakınlarına araştırma hakkında bilgi verilmiş olup araştırmaya katılıp katılmama kararı kendilerine bırakılmış, katılmayı kabul eden hasta ve hasta yakınlarına Ek 1'deki yazılı onam formu imzalatılmıştır (Bilgilendirilmiş onam). Araştırma sonunda elde edilen bilgiler araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır (Dürüstlük). Katılımcılara araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları, bu nedenle kendilerinin zorlanmayacağı söylenmiştir (Otonomi, bireye saygı). Araştırma raporunda kişisel bilgiler ve sır olarak verilen özel bilgiler araştırmaya katılanların izni olmadıkça açıklanmayacaktır (Gizlilik, dürüstlük). Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen diğer hasta ve hasta yakınlarına da hizmetler sunulmuştur (Eşitlik).

4.BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların %51.4'ünün kadın, %64.3'ünün 31-50 yaş grubunda olduğu, yarısının(%50) bekar olduğu ve çoğunluğunun (%78.6) ailesiyle birlikte yaşadığı görölmektedir. Hastaların %42.9'unun lise mezunu olduğu, %72.9'unun eve gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı, çalışanların da çoğunluğunun (%68.4) memur olarak çalıştığı, hemen hemen hepsinin (%98.6) sağlık giderlerini karşılayan bir sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Algılanan gelir düzeyleri incelendiğinde; çoğunluğunun (%70) gelir düzeyini orta (gelir-gider eşit) düzeyde algıladığı görölmektedir.

Tablo 4.1.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n:70)

ÖZELLİKLER	SAYI	%
Cinsiyeti		
Kadın	36	51.4
Erkek	34	48.6
Yaş Grubu		
30 yaş ve altı	13	18.6
31-50 yaş	45	64.3
51 yaş ve üstü	12	17.1
Medeni Durumu		
Bekar	35	50.0
Evli	18	25.7
Dul-Boşanmış-Ayrı yaşıyor	17	24.3
Öğrenim Durumu		
İlkokul mezunu	9	12.9
Ortaokul Mezunu	12	17.1
Lise mezunu	30	42.9
Üniversite Mezunu	19	27.1
Gelir getiren Bir İşte Çalışma		
Çalışan	19	27.1
Çalışmayan/Emekli	51	72.9
Çalışanların Mesleği (n:19)		
Memur	13	68.4
İşçi	4	21.1
Serbest meslek	2	10.5
Algılanan Gelir Düzeyi		
Düşük (Gelir giderden az)	15	21.4
Orta (Gelir-gider eşit)	49	70.0
Yüksek (Gelir giderden fazla)	6	8.6
Sosyal Güvence		
Olan	69	98.6
Olmayan	1	1.4
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız yaşayan	12	17.1
Ailesiyle yaşayan	55	78.6
Yurtta-akraba yanında yaşayan	3	4.3
TOPLAM	70	100.0

Araştırmaya katılan hastaların hastalığa ilişkin özellikleri Tablo 4.1.2’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde, hastaların çoğunluğunun (%41.5) tanısının şizofreni olduğu, bunu bipolar affektif bozukluk (%28.6) ve psikotik bozukluğun (%20) izlediği, hastalık süreleri incelendiğinde çoğunluğunun (%55.7) 10 yıldan fazla zamandır hasta olduğu ve %37.1’inin 5 kez ve daha fazla, %37.1’inin 1-2 kez hastaneye yattığı görülmektedir.

Tablo 4.1.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Hastalığına İlişkin Özellikleri (n:70)

ÖZELLİKLER	SAYI	%
Hastanın Tanısı		
Şizofreni	29	41.5
Depresyon	5	7.1
Bipolar Affektif Bozukluk	20	28.6
Psikotik Bozukluk	14	20.0
Kişilik Bozukluğu	1	1.4
Madde Bağımlılığı	1	1.4
Hastalık Süresi		
5 yıldan az	8	11.4
5-10 yıl	23	32.9
10 yıldan fazla	39	55.7
Hastaneye Yatış sayısı		
1-2 kez	26	37.1
3-4 kez	18	25.8
5 kez ve üstü	26	37.1
TOPLAM	70	100.0

Araştırmaya katılan primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.3’de verilmiştir. Primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının çoğunun (%56.7) kadın, 46-60 yaş grubunda (%36.7) olduğu, öğrenim düzeyinin ilkökul ve altı düzeyinde (%41.7) olduğu, eve gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı (%53.3), çalışanların ise %57.1’inin memur olduğu ve hemen hemen hepsinin (98.3) sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının çoğunluğunun (%76.7) il merkezinde oturduğu ve %96.7’sinin aile yapısının çekirdek aile olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının hasta ile yakınlığı incelendiğinde, çoğunlukla (%28.3) hastanın annesi olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.3. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri (n:60)

ÖZELLİKLER	SAYI	%
Cinsiyeti		
Kadın	34	56.7
Erkek	26	43.3
Yaş Grubu		
45 yaş ve altı	20	33.3
46-60 yaş	22	36.7
61 yaş ve üstü	18	30.0
Öğrenim Durumu		
İlkokul mezunu ve altı	25	41.7
Ortaokul Mezunu	5	8.3
Lise mezunu	17	28.3
Üniversite Mezunu	13	21.7
Gelir getiren Bir İşte Çalışma		
Çalışan	28	46.7
Çalışmayan/Emekli	32	53.3
Çalışanların Mesleği (n:28)		
Memur	16	57.1
İşçi	3	10.7
Serbest meslek	9	32.2
Oturduğu yer		
İl	46	76.7
İlçe	13	21.6
Köy	1	1.7
Sosyal Güvence		
Olan	59	98.3
Olmayan	1	1.7
Aile Tipi		
Çekirdek aile	58	96.7
Geniş aile	2	3.3
Hasta İle Yakınlığı		
Annesi	17	28.3
Babası	8	13.3
Eşi	10	16.7
Çocuğu	6	10.0
Kardeşi	13	21.7
Akrabası	5	8.3
Büyükanne/Büyükbaba	1	1.7
TOPLAM	60	100.0

4.2. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Deneyimleri

Tablo 4.2.1’de araştırmaya katılan hastaların basamaklı tedavi sistemine ilişkin deneyimleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde, hastaların %32.9’una Basamaklı Tedavi Sisteminin anlatılmadığı, sistemin tanıtılmasının intern doktor (%32.4) tarafından yapıldığı ve günlük değerlendirmelerin de intern doktor (%44.3) tarafından yapıldığı görölmektedir.

Tablo 4.2.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Deneyimleri (n:70)

ÖZELLİKLER	SAYI	%
Basamaklı Tedavi Sisteminin Tanıtılması		
Anlatılan	47	67.1
Anlatılmadan uygulanan	23	32.9
Basamaklı Tedavi Sistemini Tanıtan Kişi (n:47)*		
İntern doktor	25	32.4
Sorumlu hemşire	7	9.3
Hemşire	13	17.3
Psikolog	19	25.3
Sosyal Hizmet Uzmanı	6	8.0
Hatırlamayan	5	6.7
Günlük Değerlendirmeyi Yapan Kişi		
İntern doktor	31	44.3
Hemşire	7	10.0
Psikolog	10	14.3
Sosyal Hizmet Uzmanı	7	10.0
Bilmeyen	15	21.4
TOPLAM	70	100.0

*n katlanmıştır.

Tablo 4.2.2’de araştırmaya katılan primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi’ne ilişkin deneyimleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde, hasta yakınlarının %56.7’sine Basamaklı Tedavi Sisteminin anlatılmadığı, sistemin tanıtılmasının intern doktor (%42.5) tarafından yapıldığı bunu hemşirelerin (%22.2) takip ettiği görölmektedir.

Tablo 4.2.2. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Deneyimleri (n:60)

ÖZELLİKLER	SAYI	%
Basamaklı Tedavi Sisteminin Tanıtılması		
Anlatılan	26	43.3
Anlatılmayan	34	56.7
Basamaklı Tedavi Sistemini Tanıtan Kişi (n:26)*		
İntern doktor	20	42.5
Sorumlu hemşire	3	6.7
Hemşire	10	22.2
Psikolog	6	13.3
Sosyal Hizmet Uzmanı	4	8.9
Hatırlamayan	2	4.4

***n katlanmıştır.**

4.3. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Düşünceleri

Araştırmaya katılan hastaların ve hasta yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine ilişkin düşünceleri Tablo 4.3.1’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi her iki grupta da sistemi yararlı bulanların oranı (hastalar ,%64.3; hasta yakınları %76.7) diğerlerinden yüksek olsa da hasta grubunda sistemi zorlayıcı bulanların oranının daha yüksek olduğu (%17.1), gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($x^2= 13.052$, Sd:3, $p=0.005$) belirlenmiştir.

Tablo 4.3.1. Araştırmaya Katılan Hastaların ve Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Düşünceleri (n:130)

UYGULAMAYA İLİŞKİN DÜŞÜNCELER	HASTA (n:70) %	H.YAKINI (n:60) %	Değer
Yararlı bulan	64.3	76.7	$x^2= 13.052$ Sd:3 $p=0.005$
Zorlayıcı bulan	17.1	5.0	
Hem yararlı hem de zorlayıcı bulan	4.3	15.0	
Fikri olmayan	14.3	3.3	
TOPLAM	100.0	100.0	

Araştırmaya katılan hastaların ve primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının Basamaklı Tedavi Sisteminin yararlarına ilişkin düşünceleri Tablo 4.3.2’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi her iki grupta da Basamaklı Tedavi Sisteminin hastaların günlük hayatını düzene soktuğunu düşünen hastaların oranı (%31.4) daha azdır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($x^2= 4.643$, Sd:1, $p=0.031$).

Basamaklı Tedavi Sisteminin bir diğer yararı olarak düşünülen hastaların kendi sorumluluğunu alması konusunda hastalarla hasta yakınlarının düşüncelerinin oldukça farklı olduğu, bu düşünceye katılan hastaların oranının daha az (%32.9) olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ($x^2= 10.790$, Sd:1, $p=0.001$) belirlenmiştir.

Tablo 4.3.2. Araştırmaya Katılan Hasta ve Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sisteminin Yararlarına İlişkin Düşünceleri (n:130)

UYGULAMAYA İLİŞKİN DÜŞÜNCELER	HASTA (n:70) %	H.YAKINI (n:60) %	Değer
Hastaların günlük hayatını düzene sokması			$\chi^2= 4.643$
Katılan	31.4	50.0	Sd:1
Katılmayan	68.6	50.0	p=0.031
Hastaların kendi sorumluluğunu almasını sağlaması			$\chi^2= 10.790$
Katılan	32.9	61.7	Sd:1
Katılmayan	67.1	38.3	p=0.001
TOPLAM	100.0	100.0	

Tablo 4.3.3’de araştırmaya katılan hasta ve primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarına göre hastaların basamaklı tedavi sistemindeki uygulamaları evde sürdürme durumları ve sürdürmeme nedenleri verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların %61.4’ü bu uygulamaları evde sürdürmeye devam ettiğini bildirdiği halde bu oran hasta yakınlarında daha düşüktür (%43.3) ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2= 4.076$, Sd:1, $p=0.043$).

Basamaklı Tedavi Sistemindeki davranışların evde sürdürülmemesinin nedenleri incelendiğinde hastalara çoğunlukla (%51.9) ev ortamının uygun olmamasını neden gösterdikleri halde, primer bakım verici rolündeki hasta yakınları daha çok sürekli denetleyen birinin olmamasını göstermişlerdir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($\chi^2= 2.933$, Sd:2, $p=0.231$).

Tablo 4.3.3. Araştırmaya Katılan Hastalara ve Hasta Yakınlarına Göre Hastaların Basamaklı Tedavi Sistemindeki Uygulamaları Evde Sürdürme Durumları ve Sürdürmeme Nedenleri (n:70)

UYGULAMALARI EVDE SÜRDÜRME	HASTA (n:70) %	H.YAKINI (n:60) %	Değer
Devam eden	61.4	43.3	$\chi^2= 4.076$
Bir süre devam edip sonra bırakan	25.7	35.0	Sd:1
Devam edemeyen	12.9	21.7	p=0.043
Devam Edememe Nedenleri	(n:27)*	(n:33)*	
Hastaneden çıkınca ödülün ortadan kalkması	11.1	23.8	$\chi^2= 2.933$
Sürekli denetleyen birinin olmaması	37.0	42.9	Sd:2
Ev ortamının uygun olmaması	51.9	33.3	p=0.231

*n katlanmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara ve primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarına göre hastaların basamaklı tedavi sistemine evde devam etme durumları Tablo 4.3.4’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların davranışları evde devam ettiğine dair bildirimlerinin daha yüksek olduğu, primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarında ise bu oranın daha düşük olduğu görülmektedir. Her iki grupta da evde en fazla devam ettirilmeyen davranışların; aile içindeki görevlerini yerine getirme (hastalarda %21.4, hasta yakınlarında %43.3), ilaçları düzenli almak (hastalarda % 18.6, hasta yakınlarında %36.7) ve sosyal etkinliklere katılmak (hastalarda % 17.1, hasta yakınlarında %31.7) olduğu belirtilmiştir. Basamaklı Tedavi Sistemi’nin evde devam ettirilmesine dair bildirimlerde hastalarla hasta yakınları arasında bazı uygulamalarda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bunlar; zamanında uyanmak, kılık kıyafetine dikkat etmek, odasını düzenli tutmak, ilaçlarını düzenli almak ve aile içindeki görevleri yerine getirmektir(sırasıyla $\chi^2= 4.984$, Sd:1, p=0.026; $\chi^2= 4.086$, Sd:1, p=0.043; $\chi^2= 9.629$, Sd:1, p=0.002; $\chi^2= 5.377$, Sd:1, p=0.020; $\chi^2= 7.180$, Sd:1, p=0.007).

Tablo 4.3.4. Araştırmaya Katılan Hastalara ve Hasta Yakınlarına Göre Hastaların Basamaklı Tedavi Sistemindeki Davranışları Devam Ettirme Durumları (n:130)

UYGULAMALAR	Devam Etme	HASTA (n:70) %	H.YAKINI (n:60) %	Değer
1. Zamanında uyanmak	Eden	88.6	73.3	$\chi^2= 4.984$, Sd:1, p=0.026
	Etmeyen	11.4	26.7	
2. Elini yüzünü yıkamak	Eden	95.7	90.0	Fisher kesin $\chi^2= 1.625$, Sd:1, p=0.202
	Etmeyen	4.3	10.0	
3. Dişlerini fırçalamak	Eden	90.0	85.0	$\chi^2= 0.748$, Sd:1, p=0.387
	Etmeyen	10.0	15.0	
4. Saçını taramak	Eden	90.0	81.7	$\chi^2= 1.881$, Sd:1, p=0.170
	Etmeyen	10.0	18.3	
5. Yatağını toplamak	Eden	87.1	76.7	$\chi^2= 2.435$, Sd:1, p=0.119
	Etmeyen	12.9	23.3	
6. Kılık kıyafetine dikkat etmek	Eden	88.6	75.0	$\chi^2= 4.086$, Sd:1, p=0.043
	Etmeyen	11.4	25.0	
7. Yattığı odada sigara içmemek	Eden	90.0	86.7	$\chi^2= 0.352$, Sd:1, p=0.553
	Etmeyen	10.0	13.3	
8. Yattığı odada yemek yememek	Eden	91.4	90.0	$\chi^2= 0.079$, Sd:1, p=0.779
	Etmeyen	8.6	10.0	
9. Odasını düzenli tutmak	Eden	94.3	75.0	$\chi^2= 9.629$, Sd:1, p=0.002
	Etmeyen	5.7	25.0	
10. Gündüz uyumamak, yatmamak	Eden	87.1	81.7	$\chi^2= 0.744$, Sd:1, p=0.388
	Etmeyen	12.9	18.3	
11. İlaçlarını düzenli almak	Eden	81.4	63.3	$\chi^2= 5.377$, Sd:1, p=0.020
	Etmeyen	18.6	36.7	
12. Kendine zarar vermemek	Eden	97.1	93.3	Fisher $\chi^2= 1.057$, Sd:1, p=0.304
	Etmeyen	2.9	6.7	
13. Başkalarına vurma isteğini kontrol etmek	Eden	98.6	91.7	Fisher kesin $\chi^2= 3.472$, Sd:1, p=0.062
	Etmeyen	1.4	8.3	
14. Eşyalara vurma kırma isteğini kontrol etmek	Eden	95.7	91.7	Fisher kesin $\chi^2= 0.909$, Sd:1, p=0.340
	Etmeyen	4.3	8.3	
15. Sosyal etkinliklere katılmak	Eden	82.9	68.3	$\chi^2= 3.753$, Sd:1, p=0.053
	Etmeyen	17.1	31.7	
16. Aile içindeki görevlerini yerine getirmek	Eden	78.6	56.7	$\chi^2= 7.180$, Sd:1, p=0.007
	Etmeyen	21.4	43.3	

4.4. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Önerileri

Tablo 4.4.1’de araştırmaya katılan hastaların basamaklı tedavi sistemine ilişkin önerileri verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların çoğunluğu (%28.9) sistemin daha az zorlayıcı ve baskılayıcı olmasını, tedavi ekibi ile hastalar arasındaki iletişimin/işbirliğinin artırılmasını (%15.7), hastanın durumuna göre basamak planının yapılmasını (%15.6) ve sosyal aktivitelerin artırılmasını (%13.3) önermişlerdir.

Tablo 4.4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Önerileri (n:70)

ÖNERİLER	SAYI	%
Hastanın durumuna göre basamak planının yapılması	7	15.6
Sosyal aktivitelerin artırılması	6	13.3
Sistemin daha az zorlayıcı ve baskılayıcı olması	13	28.9
Sistemin eve uyumlandırılması ve evde takip	2	4.4
Değerlendirmelerin daha dikkatli yapılması	5	11.1
Sistemin hasta otonomisini desteklemesi	3	6.6
Tedavi ekibi ile hastalar arasındaki iletişimin/işbirliğinin artırılması	7	15.7
Tedaviye uyumu artırıcı aktivitelere ağırlık verilmesi	1	2.2
Hastalara meslek/para kazandıracak aktiviteler öğretilmesi	1	2.2
TOPLAM	45	100.0

Tablo 4.4.2’de araştırmaya katılan primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi’ne ilişkin önerileri verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hasta yakınları en çok (%40) Basamaklı Tedavi Sistemi’nin ev ortamına göre düzenlenmesini (eve uyumlandırılmasını) ve hastaların evde takibini önermişlerdir. Bunu hastanın durumuna göre basamak planının yapılması (%16) ve tedavi ekibi ile hastalar arasındaki iletişimin/işbirliğinin arttırılmasını (%16) takip etmektedir.

Tablo 4.4.2. Araştırmaya Katılan Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Önerileri (n:60)

ÖNERİLER	SAYI	%
Hastanın durumuna göre basamak planının yapılması	4	16.0
Sosyal aktivitelerin artırılması	2	8.0
Sistemin daha az zorlayıcı ve baskılayıcı olması	1	4.0
Sistemin eve uyumlandırılması ve evde takip	10	40.0
Değerlendirmelerin daha dikkatli yapılması	2	8.0
Tedavi ekibi ile hastalar arasındaki iletişimin/işbirliğinin artırılması	4	16.0
Tedaviye uyumu artırıcı aktivitelere ağırlık verilmesi	1	4.0
Primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının sisteme dahil edilmesi	1	4.0
TOPLAM	25	100.0

5. TARTIŞMA

5.1. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)'ne İlişkin Deneyimleri

Çalışmaya katılan hastaların %32.9'una BTS'nin anlatılmadığı, bu sistemin hastaların %32.4'üne intern doktor tarafından tanıtıldığı ve %44.3'ünün günlük değerlendirmelerin intern doktor tarafından yapıldığını ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). Araştırmaya katılan primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının %56.7'sine BTS'nin anlatılmadığı, anlatılanların %42.5'ine bu sistemin intern doktor tarafından anlatıldığı, bunu hemşirelerin (%22.2) takip ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Duman (2003)'ın çalışmasında ise BTS'nin uygulanmasından erkek psikoz servisinde servis psikologu; kadın psikoz servisinde ise sosyal hizmet uzmanının sorumlu olduğu; hastaların servise ilk yatışlarında sistemi onlara intern doktorların anlattığı, günlük değerlendirmeleri de yine intern doktorların yaptığı bildirilmektedir. Baker ve ark. (1977) ve Hall ve ark, (1977)'nin 48 yaşın altında, paranoid tipte olmayan, birbirine benzer iki gruba ayrılmış kronik şizofrenili 18 hastaya 12 ay süresince BTS uyguladıkları çalışmada, değerlendirmelerin iki aktivite tedavi grubunda da olan servis hemşireleri tarafından yapıldığı bildirilmiştir (akt. Dickerson ve ark., 2005). Özden ve Özsan (2001)'nin yaptıkları bir çalışmada da hastalara BTS'yi tanıtmaya ve hastaların günlük değerlendirmelerini yapma görevinin hemşireye verildiği ancak diğer hemşirelerin iş yükünün artması gerekçesi ile zaman içinde hemşirelerin bu uygulamanın dışında kaldığı rapor edilmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde çalışmamızla uyumlu olarak hemşirelerin BTS'de yer aldıkları görülmektedir. Ancak bizim çalışmamızda hemşirelerin BTS'de aktif görev almadıkları, birincil sorumluluğun hemşirede olmadığı görülürken hastalara servise ilk yatışlarında sistemi anlatma ve günlük değerlendirmeleri yapma görevinin aylık değişen ve sistemle ilgili eğitim almayan intern doktorların sorumluluğunda olması dikkat çekicidir.

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kabulden taburculuğa kadar hastalar ile iletişim halinde olduğu, günün her saatinde hastaları gözlemleyip değerlendirdikleri ve tedaviye katıldıkları bilinmektedir. Buna karşın hemşirelerin BTS'ye aktif katkıda bulunmamaları, bu değerlendirmeyi yapmanın iş yükü olarak

görülmesi ile açıklanabileceği gibi klinikte hemşirelerden beklenen rol ve işlevlerin daha çok somatik tedavilere yönelmesi şeklinde yorumlanabilir. Oysa tedavi edici ortam bir bütündür ve hastaların klinikte sağlanmaya çalışılan tedavi sistemine uyumunda ekip işbirliği önemli bir araçtır. Hemşireler de bu ekibin dışında düşünülemez.

Araştırmaya katılan primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının %56.7'sine BTS'nin anlatılmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak Duman ve ark. (2007)'nin şizofreni hasta ve aileleri ile yaptığı çalışmada ise hasta ve aileyle yatış sırasında belirlenen izlem ve çalışma planının, hastanın ve ailenin izlemi yapacak klinisyeni tanımlarının, psikoeğitimler sırasında üzerinde durulan aile üyelerinin tedavide yer almasının öneminin bilinmesinin, kurulan tedavi edici ilişki ve işbirliğinin hastaların hastaneden çıkış sonrası ayaktan tedavi hizmetlerini sürdürme düzeylerini etkilediği bulunmuştur.

5.2. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)'ne İlişkin Düşünceleri

Çalışmaya katılan her iki grupta da BTS'yi yararlı bulanların oranı (hastalar ,%64.3; hasta yakınları %76.7) diğerlerinden yüksek olsa da hasta grubunda sistemi zorlayıcı bulanların (%17.1) oranının, hasta yakınlarından (%5) daha yüksek olduğu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($x^2= 13.052$, Sd:3, $p=0.005$) belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Hastaların ve primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının BTS'nin yararlarına ilişkin ifade örnekleri aşağıda verilmiştir:

“Basamaklı tedavideki kurallar yaşamımı düzene sokuyor.”

“Basamaklı tedavi bizim aktif olmamızı sağlıyor. İnsanlarla ilişki kurmamızı sağlıyor”

“Moral verici bir sistem”

“Evde faydasını görüyorum, memnunum”

Hastalardan BTS'yi zorlayıcı bulanların oranı daha yüksektir. Bunun nedeninin tedavi programının felsefesinin hastalara yeterince açıklanmamış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bu durum hasta ifadelerinde oldukça açık bir şekilde görülmektedir. Aşağıdaki ifadelerde de görüldüğü gibi bazı hastalar bunu tedavinin bir parçası olarak görmemekte cezalandırıldığını düşünmektedir:

“Bazen ziyaretçilerle görüşlerin yasaklanması kötü oluyor. Cezalandırılmış gibi hissediyorum. Bu kadar katı kuralları olmasa iyi olur.”

“Çok sıkı şartları var. Hapishane ortamına benziyor. Hastaları bu kadar sıkmasınlar”

Primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının da tedavinin felsefesi konusunda yeterince aydınlatılmadığı görülmüştür. Örneğin bir hasta yakını:

“İçerde kapalı ortamdan hastalar çok sıkılıyor. Bu biraz daha gevşek sınırlarda olsa” diyerek sistemin mantığını anlamadığını, durumun salt hastaları kapalı servise kapatmak olarak değerlendirdiğini ortaya koymuştur.

5.3. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)’nin Yararlarına İlişkin Düşünceleri

BTS’nin hastaların günlük hayatını düzene soktuğunu düşünen hastaların oranı (%31.4) primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarına (%50) göre daha azdır ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($x^2= 4.643$, Sd:1, $p=0.031$). BTS’nin bir diğer yararı olarak düşünülen hastaların kendi sorumluluğunu alması konusunda da hastalarla primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının düşüncelerinin oldukça farklı olduğu, bu düşünceye katılan hastaların oranının daha az (%32.9) olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ($x^2= 10.790$, Sd:1, $p=0.001$) belirlenmiştir (Tablo 4.3.2). Bu bulgu BTS’nin hasta üzerindeki uzun dönem etkisinin hasta yakınları tarafından daha objektif bir şekilde kıyaslamalı olarak değerlendirilmesinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Aynı zamanda hastalardaki içgörü eksikliğinin de mevcut durumlarındaki değişikliği değerlendirmelerini etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

5.4. Araştırmaya Katılan Hastaların Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi)’ndeki Uygulamaları Evde Sürdürme Durumları ve Sürdürmeme Nedenleri

Araştırmada hastaların %61.4’ü BTS’deki uygulamaları evde sürdürmeye devam ettiğini ifade ederken, bu oranın primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarında %43.3 olduğu görülmüştür, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($x^2= 4.076$, Sd:1, $p=0.043$) (Tablo 4.3.3). Bu durum hastaların poliklinik

kontrollerine geldiklerinde sistemin devam edip etmediğinin kontrol edilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Yapılacak kontrolün iki ayrı bilgi kaynağından yapılması gereği elde edilen bilginin güvenilirliğini artıracaktır. Hastaların uygulamalara devam ettiğini bildirmelerine karşın primer bakım verici rolündeki hasta yakınları tarafından doğrulanmaması durumunda, hasta yakınının hastanın işlevsellik düzeyine ilişkin gereğinden fazla yüksek ya da düşük beklentilerinden kaynaklanan algı hatasına düşmemek için, beklenen davranışların ne olduğunun net olarak ortaya konması yararlı olacaktır. Örneğin; “İlaçları düzenli kullanmak” demekle ne kastedilmektedir? Bu bir hasta için gün içinde herhangi bir saatte ilaçların hepsini birden içmek olarak değerlendirilebileceği halde istendik bir davranış olmayacaktır. Oysa istendik olan doğru ilacı, doğru zamanda, doğru dozda alması, ilaç dozlarını atlamaması, ilaç yan etkileriyle nasıl baş edeceğini bilmesi ve ilaçları tam olarak bitmeden kontrole gelerek reçetesini yazdırması olabilir. Beklenen bu davranış değişikliğinin sağlanabilmesi için yapılandırılmış, uzun süreli psikoeğitimsel müdahalelere ihtiyaç vardır. Uygulamalara bir süre devam edip bırakanların oranı göz önüne alındığında (Hasta yakınlarına göre %35) istendik davranış değişikliğinin uzun vadede sağlanamadığı, pekiştiriciler ortadan kalkınca öğrenme öncesi duruma tekrar geri dönülmesi BTS'nin eve uyumlandırılacak şekilde yeniden düzenlenmesi ve ailenin tedavi ve izlem sürecine katılması gereğini düşündürmektedir. Hastaların evde devam etmeme gerekçesi olarak hastalar (%51.9) en çok ev ortamının uygun olmamasını, primer bakım verici rolündeki hasta yakınları (%42.9) ise sürekli denetleyen birinin olmamasını göstermiştir. Bir hasta yakını bu durumu şu şekilde ifade etmiştir:

“Burada bir yaptırım gücü var, yapıyor. Fakat evde yapmıyor”

Lieberman (2000)'nin bildirdiğine göre BTS'nin kanıta dayalı başarısına rağmen, geçmiş 30 yıl boyunca hastaların toplum içinde takibi yapılamamıştır. BTS programı sonlandırıldığında davranış değişikliğinin sürdürülmesinin tipik olarak gerilediği bildirilmektedir (akt. Wood ve Flynn 1978). Alyon ve Azrin (1968)'inin, hastane ortamında bazı psikotik davranışların değiştirilmesinde BTS'yi kullandıkları çalışmada; hastalar her bir deneyimle kendi kontrollerini ve gereksinimlerini karşılamaya başlamış, BTS uygulama, uygulamanın durdurulması ve yeniden uygulanması şeklinde ara verilerek yapılmıştır. Birçok hastanın ilaçla tedavi

görmediği bu çalışmada hedef davranışların, pekiştirme sağlandığı zaman arttığı, pekiştirme yöntemi uygulanmadığı zaman oldukça azaldığı ve pekiştirme tekrar uygulandığında yeniden arttığı bildirilmiştir. Elliot ve ark. (1979) kronik şizofrenili 18 hastada 3 ay süresince sosyal etkileşimler, çalışma alışkanlıkları, öz bakım alanlarında pekiştiricilerle desteklenen BTS uyguladıkları çalışmada, hastaların davranış kontrol listesindeki dezorganize düşünce ve iritabilite dışındaki davranışlarda ilerleme gösterdiklerini belirlemiştir. Çalışmanın BTS uygulamasının durdurulduğu ikinci evresinde ise davranış ve belirtilerin, biraz kötüleştiği, daha sonra BTS uygulaması yeniden başlatıldığında bazı olumlu davranışlarda ilerleme kaydedildiği, olumsuz bazı davranışların ise azaldığı bildirilmiştir (akt. Dickerson ve ark., 2005). Araştırmanın sonuçları literatürle uyumlu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastalara ve primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarına göre evde devam ettirilmeyen davranışların en fazla; evdeki görevleri yerine getirmeme (hastalarda %21.4, hasta yakınlarında %43.3), ilaçları düzenli almama (hastalarda % 18.6, hasta yakınlarında %36.7) ve sosyal etkinliklere katılmama (hastalarda % 17.1, hasta yakınlarında %31.7) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.4). Bu bulgu hastaların BTS'nin yanı sıra sosyal beceri eğitimi ve tedaviye uyuma ilişkin bilgi ve becerileri gerektiren psikiyatrik rehabilitasyona gereksinim duyduklarını ortaya koymaktadır. Özellikle şizofrenide tedavi planına uyum, hastanın klinik durumunu önemli ölçüde iyileştirebilir. Şizofrenili hastaların tedavilerinde ilaç tedavisi zorunludur ve ilk uygulanması gereken girişimdir. Kendiliğinden ilaç kullanan hasta sayısı çok azdır ve tedaviye uyum hâlâ ciddi bir sorundur. Hastaların çoğu aile desteğinde ve sosyal güvenceleri olmasına rağmen düzenli olarak tedavilerini sürdürmekte zorlanmaktadırlar (Doğan 2002; Yıldız, 2005).

Duman ve arkadaşları (2007)'nin şizofreni hastaları ve aileleriyle yaptığı çalışmanın sonuçları şizofreni hastalarının hem hastaneye yatışları sırasında, hem de hastaneden çıkış sonrasında ilaç tedavisine uyumda yüksek risk özelliği taşıdıklarını göstermektedir. Şizofreninin kişilerin yaşam kalitesini düşüren ve sık yinelemelerle aile ve toplumu da zorlayan olumsuz etkileri vardır. Tek başına ilaç tedavisi uygulamalarının kişinin yaşam kalitesini bozan yinelemeleri önlemede yetersiz

kaldığı bilinmektedir. İlaç tedavisindeki kesilmeler alevlenmeleri arttırmakta ve hastalığın seyri kötüleşmektedir. İlaç tedavisinin psikososyal rehabilitasyon programları ile pekiştirilmesi tedavinin etkinliğini arttırmakta ve böylece hastaların yaşam kalitesi de yükselmektedir (Yıldız ve ark. 2002; Duman 2003). Şizofreni hastalarının bozukluğun belirtileriyle baş etmede, kişilerarası ilişkilerde, iş yaşamında, günlük yaşam etkinliklerinde yaşadıkları sosyal beceri sorunları bulunmakta ve bu sorunlarla baş etme becerilerinin geliştirilmesi, artırılması, yeni beceriler kazandırılması hastaların işlevselliği açısından gerekliliği sıklıkla vurgulanmaktadır. Hastaların Psikososyal Beceri Eğitimi gibi programlara katılımı bozukluğun gidişini olumlu yönde etkilemekte ve sorumluluğu kendilerinin almasını ve bireysel etkinlik kazanmalarını sağlamaktadır (Doğan 2002). Çalışmada hastaların en fazla aile içindeki görevlerini yerine getirmemeleri kendi sorumluluklarını almadaki isteksizlikleri hastalığın özelliğinden kaynaklanabileceği gibi, yetersiz rehabilitasyon çalışmasından da kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

BTS'nin evde devam ettirilmesine dair bildirimlerde hastalarla primer bakım verici rolündeki hasta yakınları arasında bazı uygulamalarda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bunlar; zamanında uyanmak, kılık kıyafetine dikkat etmek, odasını düzenli tutmak, ilaçlarını düzenli almak ve aile içindeki görevleri yerine getirmektir (sırasıyla $\chi^2= 4.984$, Sd:1, $p=0.026$; $\chi^2= 4.086$, Sd:1, $p=0.043$; $\chi^2= 9.629$, Sd:1, $p=0.002$; $\chi^2= 5.377$, Sd:1, $p=0.020$; $\chi^2= 7.180$, Sd:1, $p=0.007$). Bu bulgu hastaların farkındalık düzeyi ve kendilerini objektif olarak değerlendirememesi ile ilişkili olabileceği gibi ailenin hastaya ve hastalığa yönelik beklentileri ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu sonuçlar aynı zamanda değerlendirmelerin daha objektif kriterlerle yapılması gereğini ortaya koymaktadır.

5.5. Araştırmaya Katılan Hasta ve Primer Bakım Verici Rolündeki Hasta Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemine İlişkin Önerileri

Çalışmaya katılan hastaların %28.9'unun sistemin daha az zorlayıcı ve baskılayıcı olmasını, %15.7'sinin tedavi ekibi ile hastalar arasındaki iletişimin/işbirliğinin artırılmasını, %15.6'sının hastanın durumuna göre basamak planının yapılmasını, %13.3'ünün sosyal aktivitelerin artırılmasını, %11.1'inin değerlendirmelerin daha dikkatli yapılmasını, %6.6'sının sistemin hasta otonomisini desteklemesini, %4.4'ünün sistemin eve uyumlandırılmasını ve evde takibini,

%2.2'sinin tedaviye uyumu artırıcı aktivitelere ağırlık verilmesini, %2.2'sinin hastalara meslek/para kazandıracak aktiviteler öğretilmesini önerdiği belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Tedavi edici ortam psikiyatri hastalarının iyileşmelerinde çok önemlidir. Psikiyatri kliniklerindeki tedavi edici ortam, hastaların iyileşmelerine katkı sağlayacak ve toplumda bağımsız bir şekilde yaşamalarını destekleyecek bütün uygulamaları kapsar. Ancak ifadelerinden de anlaşıldığı gibi tedavi edici ortam amacıyla düzenlenen BTS, sistemdeki ortak paydaşlar olan hasta-hasta ailesi tarafından yeterince anlaşılmamaktadır. Hastalar sistemi zorlayıcı ve hatta cezalandırıcı bulmaktadır. Hastaların tedavi ekibinin hastalarla daha fazla iletişim/işbirliği kurmasına dair önerileri de dikkat çekici bulunmuştur. Hastalar bunu hem tedavi ekibinin kendi içinde işbirliği içinde olması hem de hastalarla işbirliği olması şeklinde ifade etmişlerdir. Bu önerinin hastaların genç olması ve orta düzeyin üzerinde eğitim durumuna sahip olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

BTS'de hastaların durumuna göre basamaklar belirlendiği halde, bu durumun hastalar tarafından tam olarak anlaşılmadığı ve hastaların %15.6'sı tarafından "Hastanın durumuna göre basamak planının yapılması"nın önerildiği belirlenmiştir. Bu konuyla ilgili hasta ifadelerinden bazıları aşağıda verilmiştir:

"Basamak geçişleri çok erken yapılıyor. Geçiş süresi uzun tutulmalı. Ben tam iyileşmeden basamak atlıyordum."

"Yeni yatan her hasta birinci basamakta olmamalı, durumu değerlendirildikten sonra basamağına karar verilmeli"

"Daha önceden tanıdıkları uyumlu hastaları birinci basamaktan başlatmasınlar"

Araştırmaya katılan primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının %40'ı bu sistemin eve uyumlandırılmasını ve hastanın evde takibini önermiş, hastalarının benzer şekilde sistemin daha başarılı olabilmesi için hastanın durumuna göre basamak planının yapılması (%16), tedavi ekibi ile hastalar arasındaki iletişimin/işbirliğinin artırılması (%16) gereğini bildirmişlerdir. Hastalardaki değişimi takip etmeleri açısından hasta yakınlarının görüş ve önerilerine dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Hastalarla daha uzun süreli bir arada bulunmalarından dolayı primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının sistemle ilgili bilgilendirilmesi ve desteğinin sağlanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Örneğin; hastada davranış değişikliği sağlayacak kişiye (hastaya) özgü motivasyon kaynaklarını ve pekiştiricileri belirlemede çok değerli bilgiler verebilirler. Yıldız (2005) gelişmekte olan ülkelerin çoğunda psikiyatri hastalarının aileleriyle birlikte yaşadığını, ailelere hastalık ve tedavi hakkında bilgi verilmesi ve ailenin kendi hastalarının tedavisinde rol almaları gerektiğini bildirmiştir. Ancak Ülkemizde kronik psikiyatrik hastaların evde takip ve tedavisi ile ilgili sistematik standart bir bakım modeli henüz oluşturulmamıştır. Primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının BTS'nin evde takip edilmesi ile ilgili önerileri de bununla ilgilidir. Hastalar taburcu olduktan sonra bir süre uygulamalara devam etmekte, daha sonra eski hallerine geri dönmektedir. Primer bakım verici rolündeki hasta yakınları bu önerilerini aşağıdaki şekilde ifade etmişlerdir:

“Hastaları evde de arada sırada kontrol etseler iyi olur”

“Hastaları hastaneden çıktıktan sonra da takip etsinler”

“Hastanede tedavi görmüş olanların ayda bir kez de olsa psikolog ya da hemşire tarafından görülmesini, evde ziyaret edilmesini öneriyorum”

İfadelerden de anlaşılacağı gibi primer bakım verici rolündeki hasta yakınları BTS'nin daha etkili olabilmesi için evde izlem hizmetlerine yer verilmesini önermektedirler.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Psikoz servislerinde yatan hastaların ve yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi) ile ilgili görüş ve önerilerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda;

6.1.1. Araştırmaya katılan psikiyatri hastalarının çoğunluğunun tanısının şizofreni olduğu, 10 yıldan fazla süreden beri hasta oldukları, çoğunun ailesiyle yaşadığı ve primer bakım verici rolündeki yakınlarının daha çok annelerinin olduğu (Tablo 4.1.1, Tablo 4.1.2, Tablo 4.1.3),

6.1.2. Araştırmaya katılan hastaların %32.9'una, primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının %56.7'sine BTS'nin anlatılmadığı (Tablo 4.2.1, Tablo 4.2.2),

6.1.3. BTS'nin hastaların %32.4'üne, primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının %42.5'üne intern doktor tarafından tanıtıldığı (Tablo 4.2.1),

6.1.4. Hastaların %44.3'ünün günlük değerlendirmelerinin intern doktor tarafından yapıldığı (Tablo 4.2.1),

6.1.5. Araştırmaya katılan hasta ve primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının çoğunun BTS'yi yararlı bulduğu (hastalar, %64.3; hasta yakınları %76.7), araştırmaya katılan hasta grubundan sistemi zorlayıcı bulanların oranının daha yüksek olduğu (%17.1), gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.005$) (Tablo 4.3.1),

6.1.6. Araştırmaya katılan hastaların primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarına göre daha az oranda BTS'nin günlük hayatlarını düzene soktuğunu ve kendi sorumluluklarını almasını sağladığını düşündükleri, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.031$, $p=0.001$) (Tablo 4.3.2),

6.1.7. Çalışmaya katılan hastaların %61.4'ü BTS'deki uygulamaları evde sürdürmeye devam ettiğini bildirdiği halde bu oranın primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının bildirimlerine göre daha düşük (%43.3) olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.043$) (Tablo 4.3.3),

6.1.8. Hastaların BTS'yi evde sürdürmeme nedeni olarak daha çok ev ortamının uygun olmamasını (%51.9), hasta yakınlarının ise sürekli denetleyen birinin olmamasını (%42.9) gösterdikleri (Tablo 4.3.3),

6.1.9. Hasta ve primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarına göre hastaların evde sürdürmedikleri davranışların en çok aile içindeki görevleri yerine getirme, ilaçlarını düzenli alma ve sosyal etkinliklere katılma olduğu (Tablo 4.3.4),

6.1.10. Araştırmaya katılan hastaların BTS'nin daha az zorlayıcı ve baskılayıcı olmasını, tedavi ekibi ile hastalar arasındaki iletişimin/işbirliğinin artırılmasını ve hastaların durumuna göre basamak planının yapılmasını, primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarının ise sistemin eve uyumlandırılmasını ve hastanın evde takibini önerdikleri (Tablo 4.4.1, Tablo 4.4.2), belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda:

6.2.1. Tedavi ekibine ve her ay değişim olduğu göz önüne alınarak inten doktorlara sistemi ve önemini anlamalarına yönelik BTS ile ilgili eğitim verilmesi,

6.2.2. Hastaneye yatışlarda hasta ve primer bakım verici rolündeki hasta yakınlarına tedavi ekibi tarafından BTS ile ilgili eğitim verilmesi, ailenin de izlem sürecine dahil edilmesi,

6.2.3. Hastaların kontrolleri sırasında BTS uygulamalarına devam edip etmediğinin değerlendirilmesi ve bu değerlendirmede bakım verici rolünü üstlenen hasta yakınlarının de bilgi ve görüşlerinin alınması, izlem sürecine ailenin katılması,

6.2.4. Tedavi ekibi, hastalar ve primer bakım verici rolündeki hasta yakınları arasındaki iletişimin ve işbirliğinin artırılması,

6.2.5. BTS'nin hasta taburcu olduktan sonra ev ortamında sürdürülebilecek şekilde yeniden düzenlenmesi ve hastaların evde takibi,

6.2.6. Günlük değerlendirmelerin hastalarla daha fazla vakit geçirdiği ve onları sürekli gözlemediği için uzman bir psikiyatri hemşiresi yoksa bu konuda eğitim almış bir hemşire tarafından yapılması, değerlendirmelerin sağlık ekibiyle paylaşılması,

6.2.7. Basamak planlamasının içgörü, bilişsel işlevler değerlendirilerek hastaların durumuna göre yapılması,

6.2.8. BTS'nin hastaların tedaviye uyumunu ve sosyal becerilerini artırıcı diğer psikiyatrik rehabilitasyon programlarıyla bir arada kullanılması,

6.2.9. Hastaların, bakım verici rolündeki hasta yakınlarının ve tedavi ekibinin BTS ile ilgili görüş ve önerilerini tartışabileceği, deneyimlerini paylaşabileceği ortamların oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akkuş D. Kronik Psikiyatrik Hastalığı Olan Aile Üyesine Bakım Veren Primer Bakım Vericilerin Aldıkları Sosyal Destek Özellikleri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2000.
2. Anlar L. Psikiyatri Hastalarının Taburculuk Sonrası Ruhsal Durumları, İşlev Görme Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2002.
3. Aslay Y. Modern Psikoloji Tarihi. İstanbul: Kaknüs Psikoloji Yayınları, 2001: 433-444.
4. Buldukoğlu K, Doğan S, Kum N, Pektekin Ç, Öz F, Özaltın G, Özcan A, Terakye G. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 2000.
5. Carton J. S, Schweitzer J. B. Use of a Token Economy to Increase Compliance During Hemodialysis. Journal of Applied Behavior Analysis, 1996; 29 (1): 111-113.
6. Corrigan P. W. Use of a Token Economy with Seriously Mentally Ill Patients: Criticisms and Misconceptions. Psychiatr Serv, 1995; 46 (12): 1258-1263.
7. Çifter İ. Psikiyatri- Klinik Psikiyatri. 3. Baskı, Ankara: Gazi Üniversitesi Basın-Yayın Yüksekokulu Basımevi, 1986: 855-858.
8. Dickerson F. B, Tenhula W. N, Green-Paden L. D. The Token Economy for Schizophrenia: Review of the Literature and Recommendations for Future Research. Schizophrenia Research, 2005; (75): 405-416.
9. Doğan O. Şizofrenik Bozukluklarda Psikososyal Yaklaşımlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; (3): 240-248.
10. Duman Ç. Z, Aştı N, Üçok A, Kuşcu M. K. Şizofreni Hastalarına ve Ailelerine 'Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı' Uygulaması, İzlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; (8): 91-101.

11. Duman Ç. Z. Şizofreni Tanılı Bireylere ve Ailelerine Topluma Yeniden Katılım Programı Uygulaması ve İzleme Çalışması. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2003.
12. Duman T. N. Psikiyatrik Hastane Ortamında Token Ekonomi Programı Uygulanması Projesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Projesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2003.
13. Dünya Sağlık Örgütü. Ruh Sağlığı: Yeni Anlayış-Yeni Ümit. Dünya Ruh Sağlığı Raporu. Cenevre, 2001.
14. Ekinci M. Psikiyatri Hemşireliğinin Hastalara Etkinlikleri ve Sosyal Adaptasyonları üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Erzurum, 1995.
15. Erginöz E. Halk Sağlığı ve Mental Hastalıklar. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 2008; (62): 31-40.
16. Gibson DM. Reduced rehospitalization and reintegration of persons with mental illness into community living. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 1999; 37(11): 20-25.
17. Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002, 13(2): 143-151.
18. Gürhan N. Üstün B. “Rehabilitasyon Hizmetleri”. Hemşirelik Bülteni, 1994; 8(31).
19. Goff D. C. Gudeman J. E. “The Person with Chronic Mental Illness”. The Harvard Guide to Psychiatry, England: The Belknap Press Cambridge, 1999.
20. Kazdin A. E. The token economy: a decade later. Journal of Applied Behavior Analysis, 1982; (15): 431-445.
21. Lepage J. P, DelBen K, Pollard S, McGhee M, VanHorn L, Murphy J, Lewis P, Aboraya A, Mogge N. Reducing Assaults on an Acute Psychiatric Unit Using a Token Economy: a 2 Year Follow-up. Behavioral Interventions, 2003; (18): 179-190.

22. LePage J. P. The Impact of a Token Economy on Injuries and Negative Events on an Acute Psychiatric Unit. *Psychiatric Services*, 1999;50 (7): 941-944.
23. Liberman M. D. The Token Economy. *Am J Psychiatry*, 2000; 157(9): 1398.
24. Nelson G. L, Cone J. D. Multiple Baseline Analysis of a Token Economy for Psychiatric Inpatients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1979; (2):255-271.
25. Okamoto A, Tatsuhisa Y, Nagoshi Y, Masui Y, Wada Y, Kashima A, Arii I, Nakamura M, Fukui K. A Behavior Therapy Program Combined with Liquid Nutrition Designed for Anorexia Nervosa. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2002;(56): 515–520.
26. Oktar İ, Demirel Ö. Geleneksel İşbirliği ve Ödüllü Değişim Ekonomisine Dayalı Öğrenmenin Öğrenci Erişisi Üzerine Etkisi. *Eğitim ve Bilim*,1996; 20 (100): 6-14.
27. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ., 2004.
28. Özden A, Özsan H. H. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Kadın Psikoz Katında Basamaklı Tedavi Uygulaması. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*, 2001; (2): 1-7.
29. Öztürk M. O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 8. Baskı, Ankara: Feryal Matbaa, 2002.
30. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy M. A. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006; (7):43-48.
31. Pektekin Ç. Psikiyatri Hemşireliği: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğine Giriş. *Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Hemşirelik Önlisans Eğitimi*. Eskişehir: Web-Ofset, 1992.
32. Rodriguez J. O, Montesinos L, Preciado J. A 19th Century Predecessor of The Token Economy. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 2005; 38(3): 427.

33. Sungur M. Davranış Terapileri. Edt: Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı Cilt:2. İkinci Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1997: 896- 902.
34. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 10. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınları, 2002: 264.
35. Tarbox R. S. F, Ghezzi P. M, Wilson G. The Effects of Token Reinforcement on Attending in a Young Child with Autism. Behavioral Interventions, 2006; (21): 155-164.
36. Turgay M. N. Psikiyatri Hastasının İyileşme ve Sosyal Uyumunda, Psikiyatri Hemşiresinin Eğitsel Rolünün Araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1998.
37. Waggy K. The Effects of a Token Economy System in Comparison to Social Praise on the Manifest Behaviors of Elementary Learning Disabled Students. Director: Lombardo V. Marshall University Graduate College in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Education Specialist School Psychologist. 2002.
38. Wille J. R. Reducing Disruptive Classroom Behavior with Multicomponent Intervention: A Literature Review. American Psychological Association (APA) Publication Manual. 5th.Ed., Stout Menomone, 2002; (8).
39. Wood R, Flynn J. M. A Self-evaluation Token System versus An External Evaluation Token System Alone in Residential Setting With Predelinquent Youth. Journal of Applied Behavior Analysis. 1978; (4): 503-512.
40. Worley N. K. “Mental Health Nursing in the Community”. Psychosocial Rehabilitation, U.S. : Mosby, 1997: 159-171.
41. Yıldız M. Şizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal ve Toplumsal Girişimler Neden Gereklidir ve Nasıl Uygulanabilir? Edit.: Candansayar S. Neden Nasıl Şizofreni. Ankara: PEDAY Yayınları,2005: 237–268.

42. Yıldız M, Tural Ü, Kurdoğlu S, Önder E. M. Şizofreni Rehabilitasyonunda Aile ve Gönüllülerle Yürütölen Bir Kulüp-Ev Denemesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2003; 14(4): 281-287.
43. Yıldız M, Yazıcı A, Ünal S, Aker T, Özgen G, Ekmekçi H, Duy B, Torun F, Ünsal G, Coşkun S, Sipahi B, Çakıl G, Eryıldız M. Şizofreninin Ruhsal-Toplumsal Tedavisinde Sosyal Beceri Eğitimi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002; 13(1): 41-47.

EKLER
EK 1
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Gönüllü;

“Psikoz Servislerinde Yatan Hastaların ve Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi) ile İlgili Görüş ve Önerileri” başlıklı bir tez çalışması yapılacaktır. Çalışmamız Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Kadın Psikoz ve Erkek Psikoz katlarında 1996–2006 yılları arasında yatarak tedavi görmüş hastalar ve yakınlarının gönüllü olmaları durumunda hastalar için 4, hasta yakınları için 3 sayfadan oluşan anket formlarının doldurulması şeklinde yapılacaktır. Bu çalışma; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği’ndeki psikoz servislerinde uygulanan Basamaklı Tedavi Sisteminin etkinliğinin hastalar ve hasta yakınları tarafından nasıl değerlendirildiğini belirlemek amacıyla yapılmaktadır.

Anket formlarının doldurulması 15–20 dakika sürmektedir. Anket formlarında kişisel bilgileriniz, hastalığınız ve Basamaklı Tedavi Sistemi ile ilgili görüşlerinize yönelik hastalar için 23, hasta yakınları için 20 soru yer almaktadır.

Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Araştırmacı da sizin rızanız olmadan sizi araştırma dışı bırakabilir.

Araştırmamız 115 hasta ve 115 hasta yakını olmak üzere 230 gönüllü katılımcıyla yapılacaktır. Araştırma nedeniyle herhangi bir tetkik yaptırmanız ya da kontrole gelmeniz gerekmemektedir. Alınan bilgiler bilimsel amaçlar için kullanılacak ve gizli tutulacaktır.

ONAM FORMU

“Psikoz Servislerinde Yatan Hastaların ve Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi (Token Ekonomi) ile İlgili Görüş ve Önerileri” başlıklı çalışma bana sözlü olarak açıklandı. Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Hasta Yakınının Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Tanıklık Eden

Kurum Yetkilisinin Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 2

HASTA TANITIM FORMU

SAYIN Hastamız;

Bu çalışma Basamaklı Tedavi Sisteminin siz kapalı kat hastaları açısından değerlendirildiğinde ne kadar etkin olduğunu belirlemek amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler bizim bu sisteme uyumda yaşanan güçlükleri saptamamızda, uyumu etkileyen faktörleri anlamamızda ve sizlere daha kaliteli bir bakım sunmamızda bizlere yol gösterici olacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

Buket CANAN
AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

HASTA TANITIM FORMU

Anket No:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

- a) Kadın
- b) Erkek

3. En son hangi okulu bitirdiniz?

- a) Okul bitirmedim, okuryazarım.
- b) İlkokul mezunuyum.
- c) Ortaokul mezunuyum
- d) Lise mezunuyum.
- e) Üniversite ve Üstü

4. Medeni Durumunuz;

- a) Evli
- b) Bekar
- c) Dul- Boşanmış- Ayrı yaşıyor

5. Evde kiminle yaşıyorsunuz?

- a) Yalnız Yaşıyorum
- b) Annem/Babam ile
- c) Eşim ve çocuklarım ile
- d) Eşim ile

6. Eve gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır (9. soruya geçiniz)

7. Şu anda çalıştığınız iş yeterli gelir sağlıyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

8. Mesleğiniz nedir?

- a) Memur
- b) İşçi (Açıklayınız.....)
- c) Serbest meslek (Açıklayınız.....)

9. Size göre maddi durumunuz nasıldır?

- a) Düşük (Gelir giderden az)
- b) Orta (Gelir ve gider eşit)
- c) Yüksek (Gelir Giderden fazla)

10. Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Evet (Açıklayınız.....)
- b) Hayır

11. Hastalığınızın tanısı nedir?

.....

12. Hastalığınızın ilk teşhisi hangi yılda kondu?

.....

13. Hastalığınız nedeniyle kaç defa hastaneye yattınız?

.....

14. Hastaneye yattığınızda size basamaklı tedavi sistemi anlatıldı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

15. Size bu sistemi kim anlattı?

- a) Doktor b) Sorumlu Hemşire c) Hemşire d) Psikolog e) Sosyal Hizmet Uzmanı
- f) İntern Doktor g) Hatırlamıyorum

16. Günlük değerlendirmeler kimin tarafından yapılıyordu?

- a) Doktor b) Hemşire c) Psikolog d) Sosyal Hizmet Uzmanı e) İntern Doktor
- e) Bilmiyorum

17- Sizce Basamaklı Tedavi Sistemi nasıl bir yöntemdir?

- a) Yararlı bir yöntemdir

b) Hastaları zorlayan bir yöntemdir

c)Fikrim yok

(Cevabınız “a” ise)

18- Basamaklı Tedavi Sisteminin yararları nelerdir?

a) Hayatımı düzene sokuyor.

b) Kendi sorumluluğumu almamı sağlıyor.

c) Yeterli puan topladığım zaman basamak atlıyorum ve bazı ayrıcalıklarım oluyor.

d) Diğerleri (Açıklayınız)

(Cevabınız “b” ise)

19- En çok zorlandığınız konu/konular neler idi?

a) Kendi öz bakımımı yerine getirmek

b) Sosyal etkinliklere katılmak

c) Tedaviye uyum sağlamak

20- Basamaklı Tedavi Sisteminde sizden beklenen davranışlara evde devam edebildiniz mi?

a) Evet edebildim **(23. soruya geçiniz)**

b) Bir süre devam ettim sonra bıraktım

c)Hayır edemedim

(Cevabınız “b”ve “c” ise)

21- Devam ettiremediğiniz davranışlar hangisi/hangileridir? (Birden fazla maddeyi işaretleyebilirsiniz)

1. Zamanında uyanmak

2. Elimi yüzümü yıkamak

3. Dişlerimi fırçalamak

4. Saçımı taramak

5. Yatağımı toplamak

6. Kılık ve kıyafetime dikkat etmek

7. Yattığım odada sigara içmemek

8. Yattığım odada yemek yememek

9. Odamı düzenli ve temiz tutmak

10. Gündüz uyumamak, yatmamak

11. İlaçlarımı düzenli almak

12. Kendime zarar vermemek

13. Başkalarına vurma isteğini kontrol etmek

14. Eşyaları vurma kırma isteğini kontrol etmek

15. Sosyal etkinliklere katılmak

16. Aile içindeki görevlerimi yerine getirmek

22- Davranışlarınıza devam edememenizin nedenleri nelerdir?

a) Hastaneden çıktıktan sonra ödülün kalkması

b) Sürekli denetleyen birinin olmaması

c) Aile ortamının bu sistemi evde devam ettirebilmem için yeterli olmaması

d) Diğerleri (Açıklayınız).

23- Basamaklı tedavi sisteminin daha faydalı olabilmesi için önerileriniz nelerdir?

(.....)

EK 3

HASTAYA BİRİNCİ DERECEDE BAKIM VEREN KİŞİYİ VE HASTA AİLESİNİ TANITICI BİLGİLER

SAYIN Hasta Yakını;

Aşağıdaki bilgiler hasta yakını olarak sizi ve hastanın ailesini tanımlamak amacıyla düzenlenmiştir. Bu sorular bir tez çalışması amacıyla size sorulmaktadır. elde edilen sonuçlar daha kaliteli bir bakım sunmamızda bizlere yol gösterici olacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

Buket CANAN
AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

HASTA YAKINI TANITIM FORMU

Anket No:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

- a) Kadın
- b) Erkek

3. Eğitim Durumunuz:

- a) Okuryazarım.
- b) İlkokul mezunuyum.
- c) Ortaokul mezunuyum
- d) Lise mezunuyum.
- e) Üniversite ve Üstü

4. Mesleğiniz nedir?

- a) Memur
- b) İşçi (Açıklayınız.....)
- c) Serbest meslek (Açıklayınız.....)
- d) Çalışmıyor
- e) Diğer (açıklayınız).....

5. Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Evet (Açıklayınız.....)
- b) Hayır

6. Oturduğunuz Yer:

- a) İl b) İlçe c) Kasaba d) Köy

7. Aile Yapınız::

- a. Çekirdek aile (anne, baba, çocuklar)
b. Geniş aile (yakın akrabalar var)

8. Hasta ile akrabalık dereceniz:

- a) Anne b) Baba c) Evlat d) Kardeş e) Akraba f) Büyükanne, büyükbaba
g) Diğer (açıklayınız)

9. Hastanızın tanısı nedir?

.....

10. Hastanızın ilk teşhisi hangi yılda kondu?

.....

11. Hastanız bu hastalığı nedeniyle kaç defa hastaneye yattı?

.....

12. Hastanız hastaneye yattığında size basamaklı tedavi sistemi anlatıldı mı?

- a) Evet
b) Hayır

13. Size bu sistemi kim anlattı?

- a) Doktor b) Sorumlu Hemşire c) Hemşire d) Psikolog e) Sosyal Hizmet Uzmanı
f) İntern Doktor g) Hatırlamıyorum

14- Sizce Basamaklı Tedavi Sistemi nasıl bir yöntemdir?

- a) Yararlı bir yöntemdir
b) Hastaları zorlayan bir yöntemdir
c) Fikrim yok

(Cevabınız “a” ise)

15- Sizce Basamaklı Tedavi Sisteminin yararları nelerdir?

- a) Hastaların günlük yaşam gereksinimlerini yerine getirmelerini sağlıyor.
b) Hastaların kendi sorumluluğunu almasını sağlıyor.
c) Hastaların kendine ve başkalarına zarar vermesini engelliyor.
d) Diğerleri (Açıklayınız)

(Cevabınız “b” ise)

16- Hastaları zorladığını düşündüğünüz yanları nelerdir?

- a) Hastanın hastalık düzeyi göz önüne alınmadan birinci basamaktan başlatılması
b) Hasta bir alt basamağa döndüğünde verilen hakların geri alınması

c) Basamaklı Tedavi Sisteminin hastalara karmaşık gelmesi

17-Hastanız Basamaklı Tedavi Sisteminde kendisinden beklenen davranışlara evde de devam edebildi mi?

a) Evet edebildi. (22. soruya geçiniz)

b) Bir süre devam etti, sonra bıraktı.

c)Hayır edemedi.

(Cevabınız “b”ve “c” ise)

18- Devam ettiremediği davranışlar hangisi/hangileridir? (Birden fazla maddeyi işaretleyebilirsiniz)

1. Zamanında uyanmak

2. Elini yüzünü yıkamak

3. Dişlerini fırçalamak

4. Saçını taramak

5. Yatağını toplamak

6. Kılık ve kıyafetine dikkat etmek

7. Yattığı odada sigara içmemek

8. Yattığı odada yemek yememek

9. Odasını düzenli ve temiz tutmak

10. Gündüz uyumamak, yatmamak

11. İlaçlarını düzenli almak

12. Kendine zarar vermemek

13. Başkalarına zarar vermemek

14. Eşyalara zarar vermemek

15. Sosyal etkinliklere katılmak(Dışarı çıkmak, Aile toplantılarına katılmak,

Düğünlere/nişanlara katılmak?)

16. Aile içindeki görevlerini yerine getirmek

19- Sizce hastanızın bu davranışlara devam edememesinin nedenleri nelerdir?

a) Hastaneden çıktıktan sonra ödülün kalkması

b) Sürekli denetleyen birinin olmaması

c) Aile ortamının bu sistemi evde devam ettirmek için yeterli olmaması

d) Diğerleri (Açıklayınız).

20- Basamaklı Tedavi Sisteminin daha faydalı olabilmesi için önerileriniz nelerdir?

(.....)

EK 4 TEZİN UYGULAMA İZİN YAZISI

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ

PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

Kısım :

Dosya No.....Sayı : 52

Konu :

Ankara

10/04/2007.....

Cebeci Hastanesi Başhekimliği'ne
Cebeci / ANKARA

İlgi : 06/04/2007 tarih ve 42/2824 sayılı yazınız.

Türkiye Cumhuriyeti Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Müdürlüğü Hemşirelik anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği bilim Dalı yüksek lisans
öğrencisi Buket CANAN'ın Anabilim Dalımızda Çalışma yapması uygundur.

Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Abdülkadir ÇEVİK

