

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN AİLELERİNE VERİLEN
PSİKİYATRİ HİZMETLERİNİN İNCELENMESİ**

HATİCE AŞIK

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR – 2011

DEU.HSI.MSc-2008970110

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN
BİREYLERİN AİLELERİNE VERİLEN
PSİKİYATRİ HİZMETLERİNİN İNCELENMESİ**

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HATİCE AŞIK

Danışman Öğretim Üyesi

Yard. Doç. Dr. ZEKİYE Ç. DUMAN

DEU.HSI.MSc-2008970110

İÇİNDEKİLER

İçindekiler	i
Tablolar Dizini	iii
Kısaltmalar	iv
Teşekkür	v
Özet	1
Abstract	3

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Araştırmanın Amacı	8
1.3. Araştırma Soruları	8

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Ruhsal Hastalık	9
2.2. Kronik Ruhsal Hastalık ve Aile	10
2.3. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Gereksinimleri.....	12
2.4. Ruh Sağlığı Profesyonelleri , Psikiyatri Hemşireliği ve Aileler	15
2.5. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerine Yönelik Hizmetler	18

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Örneklemi	24
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.5. Veri Toplama Araçları	24
3.451.Tanıttıcı Özellikler Soru Formu	25
3.5.2.Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikiyatri Hizmetlerini Değerlendirme Formu	25

3.6. Araştırma Planı	26
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	26
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.9. Etik Kurul Onayı	27
4. BULGULAR	28
5. TARTIŞMA	43
5.1. Ailelerin Kullandıkları Psikiyatri Hizmetleri İle İlgili Bulguların İncelenmesi.....	43
5.2. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin ve Ailelerinin Özelliklerine Göre Ailelerin Psikiyatri Hizmetlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
7. KAYNAKLAR	53
8. EKLER	59
Ek-1: Tanıtıcı Özellikler Soru Formu	59
Ek-2: Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerinin Kullandıkları Psikiyatri Hizmetlerini Değerlendirme Formu	60
Ek- 3: Etik Kurul İzni	61
Ek-4: Kurum İzni	63
Ek-5: Bilgilendirilmiş Olur Formu	65
Ek- 6: Özgeçmiş	67

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları	28
Tablo 2: Aile Bireylerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	29
Tablo 3: Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerinin Kullandıkları Psikiyatri Hizmetlerinin Dağılımları.....	30
Tablo 4: Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Özelliklerine Göre Ailelerin Psikiyatri Hizmetlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması	32
Tablo 5: Hasta Ailelerinin Özelliklerine Göre Psikiyatri Hizmetlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması	38

KISALTMALAR

NAMI : National Alliance on Mental Illness (Ulusal Ruh Sağlığı Birliğı)
PORT: Schizophrenia Patient Outcomes Research Team
Ark. : Arkadaşları

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi, destek ve anlayışla her zaman yanımda olan değerli hocam Sayın Yard. Doç. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman'a, araştırma süresince değerli bilgileri ve önerileri ile katkıda bulunan hocalarım Sayın Prof. Dr. Besti Üstün'e ve Yard. Doç. Dr. Hatice Mert'e, tezimin istatistik kısmında bilgisi ile bana yol gösteren Sayın Yard. Doç. Dr. Saniye Çimen'e ve tez çalışmam süresince desteğini esirgemeyen arkadaşım Araştırma Görevlisi Saadet Andıç'a ve destek, sabır, ilgi ve anlayışla her zaman yanımda olan aileme ve çok sevgili eşime teşekkür ederim.

Hatice AŞIK

ÖZET
KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN AİLELERİNE
VERİLEN PSİKİYATRİ HİZMETLERİNİN İNCELENMESİ

Hatice AŞIK
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Amaç: Bu çalışma, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine verilen psikiyatri hizmetlerinin belirlenmesi, hasta ve aile özelliklerinin verilen hizmetleri kullanmalarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma Ekim- Aralık 2010 tarihleri arasında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin psikiyatri polikliniği ve yataklı servislerinde yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini araştırmaya dahil etme kriterlerine uygun 80 aile oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, “tanıtıcı özellikler soru formu” ve “kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin kullandıkları psikiyatri hizmetlerini değerlendirme formu” kullanılmıştır. Sosyodemografik veriler ve ailelerin kullandıkları psikiyatri hizmetlerinin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımı kullanılmıştır. Hasta ve ailelerin özelliklerine göre ailelerin hizmetleri kullanma durumlarının karşılaştırılması ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma sonuçlarına göre; ailelerin %85'inin hizmet verenler tarafından (yalnızca doktorlar) hastaları ile birlikte ve %68,8'inin hastalarından ayrı görüşmeye alındıkları ve ailelerin %53,8'inin hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme konularında bilgi aldıkları saptanmıştır. Ailelerin diğer sekiz hizmet alanını (aileye grup eğitimi yapılması, hastalarla yapılan grup eğitimlerine ailelerin katılması, hastanın kendi bakımını sürdürmesi, evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması, yasal konular (rapor alma, öğrenci kaydının dondurulması, malulen emeklilik v.b.) ve intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvuruları gereken yerler hakkında aileye bilgi verilmesi ve ailelerin hasta ile ilgili (iş başvurusu, maddi yardım hizmetleri için sosyal hizmetlere başvurma vb.)ve kendileri ile ilgili (sosyal hizmetler, ilgili dernekler vb.) yararlanabilecekleri kaynaklara yönlendirilmesi) kullanım oranları oldukça az olup, kullanmama nedenleri hizmetlerin verilmemesi olarak belirtilmiştir.

Hastalık süresi 10 yıldan kısa olan hasta ailelerinin hastalık süresi 10 yıldan daha uzun olanlara göre; hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında aileye bilgi verilmesi hizmetinden daha fazla yararlandıkları saptanmıştır.

Klinikte yatan hastaların ailelerinin hastadan ayrı olarak görüşmeye alınma, grup eğitimi yapılması, hastalarla yapılan grup eğitimlerine katılma, hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında bilgilendirilme hizmetlerini kullanma durumları poliklinikten izlenen hasta ailelerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çalışan ailelerin, hastaları ile birlikte görüşmeye alınma, hastanın kendi bakımını sürdürmesi, evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması, yasal konular, intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında bilgi verilmesi ve kendileri ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilme oranları çalışmayan hasta ailelerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine verilen; hastaları ile birlikte ve hastalarından ayrı görüşmeye alınma ve hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme konularında bilgi alma hizmetleri dışında diğer hizmetlerin verilmesi oldukça az olarak bulunmuştur. Ailelerin hizmetleri kullanmama nedenleri de hizmetlerin verilmemesi olarak belirtilmiştir. Ailelerin çalışmaması, hastanın poliklinikten izlenmesi ve hastalık süresinin 10 yıldan fazla olması gibi özelliklerin verilen hizmetlerin kullanımını etkilediği bulunmuş ve ailelerin bazı hizmetleri yeteri kadar alamadıkları saptanmıştır. Belirtilen özellikteki ailelerin oluşturulacak eğitim programlarına dahil edilmesi ve değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Ruhsal Hastalık, Aile, Psikiyatri Hizmetleri

ABSTRACT

EXAMINATION OF PSYCHIATRY SERVICES PROVIDED TO THE FAMILIES OF THE INDIVIDUALS WITH CHRONIC MENTAL ILLNESS

Hatice AŞIK

Dokuz Eylül University School of Nursing

Objective: This study was conducted in order to determine the psychiatry services provided to the families of the individuals with chronic mental illness and to examine the effects of family and patient characteristics on their use of these services.

Method: Research was carried out in the psychiatry polyclinic and inpatient units of Erenköy Psychiatric Training and Research Hospital between October and December 2010. Sampling was composed of 80 families complying with the inclusion criteria of the research. “Descriptive information question form” and “evaluation form for the psychiatry services provided to the families of the individuals with chronic mental illness” were used in data collecting. Figures and percentage distributions were used in assessing the sociodemographic data and the psychiatric services provided to the families of the individuals with chronic mental illness. Comparison of the status of the families to use the provided services according to the patient and family characteristics was performed through the Chi-square analysis.

Findings: It was determined in the research that 85 % of the families was interviewed with their families by the service providers (only doctors) while 68,8 % of them was interviewed independently from the patients. Besides, 53,8 % of the families received information about the disease, its symptoms, its treatment and methods to cope with difficult conditions such as reject of the medicine by the patient. Ratios of the families to use the other eight services (providing a group training to the family, participation of the families in the group trainings conducted with the patients, informing the families about how the patients maintain their self cares, providing information to the families about how the patients plan such issues as marriage and business, directing the families to the sources (job application, applying to the social services agencies for financial aid etc.) that they can benefit from in relation to the patient, directing the families to sources that they can benefit from for themselves (social services, relevant associations etc.), informing the families about legal issues (receiving report, suspending the student registration,

disability retirement etc.), giving information to the families as regards to the places to which they should resort to in cases of suicide attempt and aggressive behavior) were found relatively low and it was stated that the reason not to use these services was their unavailability.

It was detected that families of the patients having the disease for less than 10 years benefited from the service of information provision as regards to maintenance of the self care by the patient much more than the families with periods of disease more than 10 years.

Ratios of the families of the patients staying in the clinic to use the services such as being interviewed independently from the patient, receiving group training, participating in the group trainings performed with the patients and being informed about maintenance of the self care by the patient were found to be significantly higher than those of the patients followed from the polyclinics.

Ratios of the working families to use such services as being interviewed together with their patients, maintenance of the self care by the patient, planning the marriage and business life, legal issues, places to which they should resort in cases of suicide attempt and aggressive behavior and being directed to the sources that they could benefit from for themselves were found to be significantly higher than those families who were not working.

Conclusion and Recommendation: It was found that the services provided to the families of the patients with chronic mental illness except for the services of being interviewed together with or independent from their patients and being informed about the disease, its symptoms, its treatment and methods to cope with difficult situations such as reject of the medicine by the patient were provided to the families rather inadequately. It was also stated that the reason of the families not to use these services was their unavailability. It was determined that some properties such as having family members who did not work, being followed from the polyclinic and having a period of disease more than 10 years effected the use of provided services and thus, families could not receive some services adequately. It is important that the families under these conditions should be included in the training programs to be developed and should be evaluated.

Key Words: Chronic Mental Illness, Family, Psychiatry Services

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Birçok profesyonel tarafından 1990'lara kadar ruhsal hastalıkların temel sebebinin aile ilişkilerindeki bozukluk olduğu kabul edilmiş ve ruh sağlığı profesyonelleri ile aile arasındaki etkileşim olumsuz yönde etkilenmiştir (O'Connell 2006). Kronik ruhsal hastası olan aileyi hastalığa neden olan bir olgu olarak değil, hastalıkla ve onun getirdiği güçlüklerle baş edebilecek, tedaviye katkısı olabilecek bir olgu olarak gören yaklaşım, ruh sağlığı ekibine aile ile çalışma ve güçlüklerini tanıma fırsatı vermiştir. Genellikle öfke ve suçluluk gibi duygular yaşayabilen aile üyelerinin ekonomik yetersizlikler, rol değişimleri, hastanın hastalığı ve bakımı hakkında bilgilendirme ve eğitimde yetersizlik gibi güçlükler yaşadıkları, duygusal desteğe ve işbirliğine gereksinim duydukları belirtilmekte ve aile ile çalışmanın önemi vurgulanmaktadır (Dixon ve ark. 2001, Gülseren 2002, Dülgerler 2004, O'Connell 2006, Kim ve Salyers 2008).

Çalışmalarda ruhsal hastalığı olan kişilerin sıklıkla aileleri tarafından bakıldığı, resmi sağlık bakım hizmetleri tarafından çok az desteklendikleri belirtilmektedir (Dixon 1999, Gülseren 2002, Smith 2003, O'Connell 2006, Kim ve Salyers 2008). Toplumda kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin bakımlarının sürekliliği ailelerin bu bakımı büyük oranda sağlayabilme becerilerine bağlıdır. Kronik ruhsal hastalığın ciddi doğası, aile üzerine olan etkileri ve ailelerin bakım yükü göz önüne alındığında; ruh sağlığı profesyonelleri ile aileler arasında işbirliği kurulmasının zorunluluğu bilinmektedir (Dixon 1999, Gülseren 2002, Smith 2003, O'Connell 2006, Kim ve Salyers 2008). Ancak kronik ruhsal hastalığı olan aile üyelerinin ihtiyaçlarının dikkate alınmadığı ve karşılanmadığı belirtilmektedir (Dixon 1999, O'Connell 2006).

Yapılan çalışmalarda, ruh sağlığı çalışanlarının çoğu kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerine pek çok hizmeti sağlayamadıklarını, bu hizmeti sağlamadaki engellerin aile ya da hastaya yönelik (ailenin ilgi yetersizliği), çalışma koşullarına yönelik (ağır iş yükü) ve sağlık sistemine yönelik (yasal ve örgütsel faktörler, devlet politikası gibi) engeller olduğunu belirtmişlerdir (Dixon ve ark. 2001, Kim ve Salyers 2008). O'Connell'in 2006'da yaptığı çalışmaya göre, ailelerle çalışma engelleri olarak, bazı ruh sağlığı profesyonellerinde ruhsal hastalıklara aile üyelerinin neden olduğu görüşünün devam etmesinin, ruh sağlığı profesyonellerinin ailelerle bilgi paylaşmakta isteksiz olmalarının ve ailelerin dinlenmemesinin ailelerle çalışma engellerini oluşturduğu belirtilmiştir (O'Connell 2006).

Drapalski ve arkadaşlarının (2008) ruhsal hastalığı olan bireye sahip ve Ulusal Ruh Sağlığı Birliği'ne (NAMI- National Alliance on Mental Illness) üye olan ailelerle yaptıkları çalışmada, aile üyeleri gereksinimlerinin ruh sağlığı profesyonelleri tarafından ele alınmasını ve hizmetlerin ruh sağlığı klinikleri veya hastanelerin ötesinde topluma ve evde bakım alanlarına yayılmasını istemişlerdir. Bogart ve Solomon'un (2000) kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine bilgi sağlamayı amaçlayan çalışmalarında, aile üyelerinin memnuniyetlerinin ruh sağlığı profesyonellerinden bilgi alma durumları ile ilişkili olduğu bulunmuş ve bazı bilgilerin uzmanlar tarafından aile üyeleri ile paylaşılmasına rağmen işbirliğinin sürekli ve sistematik olmadığını belirtmişlerdir. Diğer çalışmalarda ailelerin verilen hizmetlerden memnuniyetsiz olmalarının nedenleri; sağlık profesyonelleri tarafından yetersiz bilgilendirilme ve desteklenme, aile müdahalelerinin yetersiz olması olarak belirtilmiştir (Dixon 1999, Winfield 2000).

Kronik ruhsal hastası olan ailelerle yapılan çalışmalarda, ailelerin hastalarına bakma konusunda ihtiyaç duydukları hizmetler açık şekilde tanımlanmıştır. Bu hizmetler; ruhsal hastalığın etiyolojisi ve tedavisi hakkında, zor semptomlarla ve acil durumlarda nasıl davranılması gerektiği hakkında, duygusal destek ve toplumsal kaynaklar hakkında bilgilendirilmeyi kapsamaktadır (Bogart ve Solomon 2000, Kim ve Salyers 2008). Dixon ve arkadaşlarının (1999) şizofreni hasta sonuçları araştırma ekibinin (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team –PORT) şizofreni hastaları için tedavi önerilerini geliştirmeyi amaçladıkları çalışmada, tedavide hem psikofarmakolojik hem de psikososyal tedavilerin önemi belirtilmiş ve özellikle psikososyal aile müdahaleleri üzerinde durulmuştur. Hostick (1998) kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenleri incelediği çalışmasında ailelere yönelik 24 saat hizmet veren bir aile destek servisi olmasının önemini vurgulamıştır. Smith (2003), kronik ruhsal hastalığı olan yetişkin çocukları ile yaşayan 50 yaş ve üzeri anneler ile yaptığı çalışmada, verilen sağlık hizmetlerinin hastaların ve ailelerin temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için kapsamlı bir bakım anlayışı içinde tasarlanmasının önemini vurgulamış ve geçmişte yapılan çalışmaların sosyal veya iyileştirici hizmetlerden çok medikal hizmetlerin kullanımına odaklandığını belirtmiştir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri için sunulan hizmetler, hastanın gereksinimlerini karşılayanın yanında, aile destek programları, vaka yönetimi, sosyal ve boş zamanı değerlendirme aktiviteleri gibi hizmetleri de içermelidir. Örneğin, yaşlı ailelerin bakım sağlayamayacakları zamanlarda plan yapma konusunda yardıma ihtiyaç duydukları ayrıca ailelerin hasta bireyin ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanana kadar hizmete gereksinim duymadıkları belirtilmektedir. Şizofreni hastalarının ailelerinin hizmet kullanımının

değerlendirildiği 530 şizofreni hastasının ailesi ile yapılan çalışmada, hastaların %30'u ailelerinin hastalıkları ile ilgili bilgi aldıklarını, danıştıklarını ve desteklendiklerini, %8'i eğitim ve destek programlarına katıldığını rapor etmişlerdir (Dixon ve ark. 1999). Yapılan çalışmalarda ailelerin ihtiyaçlarını karşılayacak etkin hizmet sistemlerinin geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Hostick 1998, Drapalski ve ark. 2008, Kim ve Salyers 2008). Ayrıca ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin deneyim ve gereksinimleri değişebileceğinden hizmetlerin de değişebilir olması gerektiği belirtilmektedir (Department of Health 2002).

Ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine verilen hizmetler incelendiğinde daha çok ailelerin gereksinimlerini belirlemeye ve aldıkları bazı hizmetlere ilişkin beklenti ve görüşlerini incelemeye yönelik çalışmalara ulaşılabilmektedir (Gümüş 2006, Sever ve Kutlu 2001, Karancı 2000). Gümüş (2006 b) şizofreni hastaları ve aileleri ile yaptığı çalışmada, hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesini ve bu gereksinimlerin karşılanmasında psikoeğitim programlarının planlaması gerektiğini belirtmiştir. Karancı (2000) şizofreni hasta aileleri ile yaptığı çalışmada, ailelerin, sağlık personelinde hastalarına ilgi göstermelerini (%28), hastalarını hastaneye yatırmalarını (%26) ve iyileştirmelerini (%17), aile üyelerine ilgi göstermelerini (%15) beklediklerini bulmuştur. Hasta yakınlarının %20'si sağlık personelinin ellerinden geleni zaten yapmış olduğunu ifade etmiş iken, diğer hasta aileleri kendilerine ilgi ve anlayış gösterilmesini (%15) ve maddi destek sağlanmasını (%7) istemişlerdir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile yapılan diğer bir çalışmada, ruhsal hastalığı olan bireylerin ve ailelerinin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğu ve bu yardımın konu ile ilgili hekim, hemşire, terapist, sosyal çalışmacı, psikolog gibi meslek elemanlarından oluşan ekipler aracılığı ile gerçekleştirilebileceği belirtilmiştir (Sever ve Kutlu 2001).

Ruh sağlığı ekibinin üyesi olan psikiyatri hemşirelerinin görevleri arasında hasta ve ailelerine bilgi sağlamak, danışmanlık yapmak, aileleri yönlendirmek ve cesaretlendirmek yer almaktadır (Doornbos 2001, Stuart 2001). Psikiyatri hemşirelerinin sorumluluğu hasta ailelerinin mevcut profesyonel destek düzeyini arttırmaktır (Doornbos 2001). Ulusal Sağlık Birimi tarafından 1994'te rapor edilen (DoH 1994) işbirlikçi çalışmanın ana temasında, gelecekte ruh sağlığı hemşirelerinin hastalar, aileler, hemşireler ve diğer profesyoneller arasındaki işbirlikçi bir yaklaşımı savunmaları gerektiği belirtilmiştir (Hostick, 1998). Bu saptamalardan yola çıkarak psikiyatri hemşirelerinin kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin hizmet kullanımlarını belirlemede önemli rolleri vardır.

Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine yönelik programların uygulanması ve ailenin tedavi ve rehabilitasyon programının bir parçası olması gerektiği belirtilmektedir. Ailelere verilen hizmetlerin belirlenmesi ülkemizde bu alanla ilgili mevcut durumu belirleyecek temel bilgileri oluşturacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine verilen psikiyatri hizmetlerinin belirlenmesi, hasta ve aile özelliklerinin verilen hizmetleri kullanmalarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Kronik ruhsal hastaların tanısına göre ailelerin verilen hizmetleri kullanımları farklıdır?
- Kronik ruhsal hastaların hastalık süresine göre ailelerin verilen hizmetleri kullanımları farklıdır?
- Kronik ruhsal hastaların klinikte yatma ve poliklinikten izlenme durumlarına göre ailelerin verilen hizmetleri kullanımları farklıdır?
- Kronik ruhsal hastaların ailelerinin cinsiyetine göre verilen hizmetleri kullanımları farklıdır?
- Kronik ruhsal hastaların ailelerinin yaş gruplarına göre verilen hizmetleri kullanımları farklıdır?
- Kronik ruhsal hastaların ailelerinin eğitim durumuna göre verilen hizmetleri kullanımları farklıdır?
- Kronik ruhsal hastaların ailelerinin çalışma durumuna göre verilen hizmetleri kullanımları farklıdır?
- Kronik ruhsal hastaların ailelerinin gelir durumlarına göre verilen hizmetleri kullanımları farklıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kronik Ruhsal Hastalık

Kronik ruhsal hastalıklar içinde şizofreni ve bipolar duygulanım bozuklukları yer almaktadır. Kronik ruhsal hastalıklar, toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağır olan ve sadece hastalar için değil, aile, akrabalar ve arkadaşlar için de kaygı verici bir yaşantıdır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aile destekleri, mesleki becerileri, toplum kaynaklarını kullanma ve günlük yaşam sorunlarıyla baş etme becerileri azalmış ya da kaybolmuş olabilir. Bu hastalar aile içinde ve toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getirmede zorluk yaşadıkları için sürekli olarak aile bakımı ve desteğini almak zorunda kalmaktadır (Öztürk 2004, Gümüş 2006 a, O'Connell 2006).

Şizofreni, kişinin düşünce, duygu ve davranışlarını etkileyen, hastaların kendilerine ait bir dünyada yaşadıkları ve yavaş yavaş içlerine kapandıkları, işlevselliğin önemli derecede bozulduğu, pozitif, negatif, bilişsel ve affektif belirtilerle giden kronik bir hastalıktır (Öztürk 2004). Şizofreninin nedeni kesin olarak bilinmemesine rağmen kalıtımın, biyokimyasal, ruhsal, toplumsal ve çevresel etmenlerin hastalığın ortaya çıkışındaki rolü üzerinde durulmaktadır. Toplumsal ve çevresel etmenler içinde ailenin bireye karşı tutumu ve duygu ifade tarzı önem taşımaktadır (Gülseren 2002). Şizofreni, kendisinin ve çevresindekilerin yaşantısında değişikliklere yol açan bir hastalık olduğu için, hasta kişiler genellikle aileye, özellikle de temel bakım sağlayanlara bağımlı olarak yaşamaktadır (Yeh ve ark. 2008).

Bipolar affektif bozukluk, belirgin duygudurum dalgalanmaları, depresyon ve mani ataklarıyla giden bir duygu durum bozukluğudur. Epizotlarla seyreden kronik bir hastalıkla karşı karşıya kalan hastalar, fiziksel, sosyal, yaşamsal alışkanlıklar yönünden çoğu zaman güçlükler yaşamakta ve bu aileyi de yakından etkilemektedir (Ünal 2002).

2.2. Kronik Ruhsal Hastalık ve Aile

Toplumun temel ve en önemli birimlerinden biri olma özelliğini yüzyıllardır kaybetmeyen aile, bireye hayat vermekte ve onu etkilemektedir. Aile bir sistem olarak ele alındığında; sistemin parçaları arasında sürekli bir etkileşim vardır ve hastalık durumunda hasta bireyin fonksiyonel yeterliliğindeki değişim tüm aileyi etkilemektedir. Bireyin ruhsal sorunları aile dinamikleri ile ilişkili olabileceği gibi, evde hasta bir kişinin varlığı nedeni ile ailenin yapısı değişime uğrayabilir (Parker 1993).

Rose'un kaynağında Lidz, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerini (özellikle şizofrenili çocuğu olan aileleri) aşırı koruyucu kollayıcı, sorunlu, soğuk, reddedici, yönlendirici, tutarlı olarak düşünme ve anlamlı iletişim kuramayan bireyler olarak tanımlamıştır (Rose 1996). Bu tanımlamalar çerçevesinde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleriyle ilgili ilk çalışmalar, şizofrenik anne- baba, yıkıcı karı-koca etkileşimi, yanlış etkileşim konularında yapılmıştır (Gülseren 2002).

Modern aile hareketi 1950'lerde başladı ve 1955'lerin başlarında araştırmacılar ailelerin evde kronik ruhsal hastalığı olan aile üyesine bakım verirken yaşadıkları problemlere odaklanmaya başladılar. 1960-1970'lerde yürütülen aile tutum çalışmalarında hastanın hastalığından suçluluk hissetme, düşmanlık gibi bir dizi tepki belirtilmiş, ruhsal hastalığa ilişkin zorlanmalar, özel güçlükler tanımlanmış ve bu tepkilerin ailelerin baş etme şekillerini etkiledikleri belirtilmiştir. Bu araştırmalar aile terapisinin ana fikri olan birçok kavramı ortaya çıkarmıştır (Rose 1996).

Uzun süreli hastane tedavileri ve aynı zamanda ailenin yukarıda belirtildiği gibi hastalığın sebebi olarak algılanması birçok hastayı aile desteğinden uzun süre yoksun bırakmıştır. 1970'lerin sonlarında kendi kendine yardım gruplarının, savunucu grupların ve özellikle Amerika'da Ulusal Ruh Sağlığı Birliği'nin (National Alliance for The Mentally III- NAMI) teşvikiyle profesyonellerin ailelere bakış açılarında hastalık temelli bakım modelinden sağlık temelli modele doğru değişim olmuştur (Mohr 2000).

Hastaları psikiyatri hastanelerinden çıkartıp topluma kazandırmanın ve toplumdaki tedavinin bir sonucu olarak, kronik ruhsal hastalığı olan kişiler çoğunlukla aileleriyle yaşamaktadırlar. Toplumda hastalara ve ailelerine yönelik program ve hizmet modellerinin olmaması, yeterli toplumsal destek olmamasına rağmen ruh sağlığı hastanelerinin sayısının azalması, hastaların kısa dönem yatırılmasının tercih edilmesi, kronik ruhsal hastalara primer

bakım veren sistemin resmi sağlık bakım sisteminden ailelerin bakımına doğru yön değişmesine neden olmuştur (Doğan 2002, Gümüş 2006, Yıldız 2007, Fleury ve ark. 2008, Arslantaş ve Adana 2011).

Bakım veren kişi; ruhsal sağlık sorunu olan bireye bakım, yardım, sosyal destek ve bilgi veren kişi olarak tanımlanmaktadır. Bakım veren kişi hastanın bakımını yapmak ya da gözlemlemekten sorumludur. Primer bakım veren ise bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişidir ve kronik ruhsal hastalarda hastasının primer bakım verenleri genellikle aile üyeleridir (Parker 1993).

Hastaların ailedeki bakım verenlerinin kimler olduğuna ilişkin bilgilerde, ailedeki bakım verenlerin %42'sinin hastanın ebeveyni ve %41'nini hastanın eşi olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda akrabaların %63'ünün hasta ile birlikte yaşadıkları belirtilmiştir (Harvey ve ark. 2002). şizofreni hastaları ile yapılan diğer bir çalışmada, ailedeki bakım verenlerin, %68,5'inin kadın, %60,3'ünün evli, %72,8'inin eş veya çocuklarıyla yaşayan, %47,4'ünün hastaların anne/babası, %48,4'ünün haftada 32 saatten fazla birlikte olan kişiler olduğu bulunmuştur (Meijer ve ark. 2004).

şizofreni hastalığı olan kadınların destek kaynaklarının tanımlanması amacıyla yapılan çalışmada, ailelerin hastalara yardım sağlayan en önemli kaynaklar olduğu bulunmuştur (Chernomas ve ark. 2008). Fleury ve arkadaşlarının (2008), kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarının hastalara olan yardımlarını ve bu yardımların derecesini gösterdiği çalışmalarında, ailelerin tek başlarına veya hizmetlerle birlikte hastanın ihtiyaçlarını karşılamada önemli rolü olduğunu bulmuşlardır (Fleury ve ark. 2008). Sonuç olarak aileler öncelikle psikiyatri kurumları tarafından sağlanan hizmetleri karşılamaları ve devam ettirmeleri konusunda aranan kişiler olmuşlardır. Bu durum çoğunlukla aile üyelerinin bakım sorumluluğunun ve yükünün artmasına neden olmaktadır (Rose 1996).

2.3. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Gereksinimleri

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2001 yılında yayınlanan raporda, dünya nüfusunun en az %25’inde bir ruhsal sağlık sorunu bulunduğu ve bu kişilere bakım veren ailelerin ruhsal hastalıktan dolayı anlamlı düzeyde yük ve stres yaşadıkları açıklanmaktadır (The World Health Report 2001). Ruh sağlığı bozulmuş bir üyeye bakım veren ailelerin yaşadıkları güçlük alanlarını tanımlayan çalışmalarda; bakım verme sürecinin bakım veren üzerinde olan olumsuz etkileri “yük” (burden) olarak tanımlanmakta ve objektif (nesnel) ve subjektif (öznel) yük olarak açıklanmaktadır. Objektif yük, hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, gelir kaybı, günlük yaşamdaki ve sosyal etkinliklerdeki kısıtlanmalar, ev ortamındaki gerginlik, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönünü ifade eder. Subjektif yük ise bu zorlukların aile üyelerini ne ölçüde rahatsız ettiği ya da hastanın rahatsızlık veren davranışlarıyla ilişkili duygusal sıkıntı ya da hastayla ilgili olarak yaşanan sıkıntı düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Doornbos 2001, Gülseren 2002, Arslantaş ve Adana 2011). Şizofren hastaların aileleriyle yapılan çalışmada, ailelerin en sık yaşadıkları zorluklar; aile yaşamındaki çatışmalar (%57), hastanın getirdiği üzüntü, kaygı, stres ve gerginlik gibi duygusal yükler (%48), hastanın tedavisi için gerekli olan harcamalar ve hastanın kişisel masrafları (%27) olarak belirtilmiştir (Karancı 2000). Şizofreni hastalarının aileleri ile yapılan bir başka çalışmada, aileler aile içi ilişkilerde ve sosyal ilişkilerinde bozulma yaşadıklarını ve geleceğe yönelik kaygılarının olduklarını belirtmişlerdir (Dülgerler 2004). Başka bir çalışmada kronik ruhsal hastalığa sahip olan kişilerin, hastaneye yatma sıklığı ve hastanede yatış süreleri arttığında, sosyal alanda arkadaş ve akrabaların azaldığı bulunmuştur. Bu durumda ailelerin tek destek kaynağı haline geldiği ve aile ilişkileri açısından birtakım yükleri de (finansal, psikolojik/duygusal, sosyal yük gibi) beraberinde getirdiği belirtilmiştir (Chernomas ve ark. 2008).

Aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler hastanın toplumdan uzaklaşmasıyla, düşünme ve davranış bozukluklarıyla, aile ilişkilerindeki bozuklukla ilgili olabileceği gibi; aile üyelerinin suçluluk ve utanma duygularıyla (toplumun hastalara karşı olan reddedici tutumlarına karşı), aşırı duygu dışavurumuyla, sıkıntı ve depresif belirtilerle, ekonomik sorunlarla da kendini gösterebilir (Doğan ve ark. 2002, Gülseren 2002). Ailelerin dile getirdikleri diğer güçlükler; hastalarla beraber acı çekmek, tam olarak hastaların dünyasına girememekle birlikte dış dünyaya da aitmiş gibi hissedememek, hastalarla iletişim kuramamak ve geleceğe yönelik endişelerdir (Gülseren ve ark. 1999).

Ailede ruhsal hastalığın varlığı, hastalığa yanıt olarak bazı etkileşim biçimlerinin ortaya çıkmasına neden olur. Aile üyeleri arasında iletişim problemleri, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşanır (Greenberg ve ark 1997, Gülseren 2002). Diğer sorun alanları hastanın kendine bakımını sürdürme, beslenme, para yönetimi gibi alanlardır. Aileler halüsinasyonlar, delüzyonlar ve tuhaf davranışlarla baş etme konusunda endişelenirler (Rose 1996). Şizofreni aileleri ile yapılan çalışmada, ailelerin en çok yaşadıkları sorunlar; yakınları ile yaşayan hastaların ilaçlarını almasına rağmen yılda bir ya da daha çok yinelemenin olması, bu dönemde ailelerin hastalar tarafından şiddete maruz kalması ve ailelerin polisi aramasıdır (Leff 1998). Ailelerin özellikle hastanın kendine zarar verici davranışlarıyla baş etmede yardıma gereksinimi olmaktadır (Gülseren 2002). Aileler bu sorunlarla baş etmede desteklenmeye, bilgilendirilmeye ve işbirliğine gereksinim duymaktadırlar (Tel ve Terakye 2000, Karancı 2000, Gümüş 2006 b).

Yeh ve arkadaşlarının (2008), şizofreni hastalarının temel bakım verenlerinin gereksinimlerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, temel bakım verenlerin gereksinimleri dört alanda sınıflandırılmıştır. Bunlar; hasta bakımı konusunda yardım (%77.6), bilgiye ulaşma (%61.1), sosyal destek (%68.2) ve yükün azalmasıdır (%27.2) (Yeh ve ark. 2008).

Li ve Arthur'un (2006), şizofreni hastalarının aileleri ile Çin'de yapmış olduğu çalışmada aile üyelerinin şizofreni hakkındaki öğrenme gereksinimleri; şizofreninin teşhisi, etyolojisi, semptomları ve tedavisi (%41.2), taburculuk sonrası evde bakım (%35.3), ilaçların ve yan etkilerinin yönetimi (%27.5), belirtilerin yönetimi ve bakımı (%25.5), yinelemeyi önlemek ve rehabilitasyon (%21.6), hastayla iletişim (%19.6), genel ruh halini bilmek (psikolojiyi) (%15.7) olarak bulunmuştur. Aileler, hastayı memnun etmek, teşhis ve tedaviyi anlamak, hastalığın erken belirtilerini saptamak ve uğraşı terapisi konularında bilgilerinin az olduğunu belirtmişlerdir (Yeh ve ark. 2008).

Mijer ve arkadaşlarının (2004), Avrupa'nın beş ülkesinden (İngiltere, Danimarka, İtalya, İspanya ve Hollanda) toplam 287 şizofreni hastası ve onların aileleri ile yaptıkları çalışmanın sonucunda, sağlık çalışanlarının ailelerin omuzlarındaki yükü hafifletmek istiyorlarsa ailelerin sağlık, temel ve fonksiyonel ihtiyaçlarına odaklanmaları gerektiği belirtilmiştir (Mijer ve ark. 2004).

Gümüş'ün (2006) şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimlerini belirlediği çalışmasında, en çok gereksinim duyulan konuların şizofreni hastalarının yasal hakları, şizofreninin tekrarlaması durumunda ortaya çıkan belirtiler, toplumda şizofreni hastası olmanın getirdiği sorunlar ile baş etme, şizofrenide uygulanan psikososyal tedavi yöntemleri, şizofreni ile ilgili özel grup veya dernekler, şizofreni hastaları ve yakınları için sosyal desteğin önemi, ilgi ve dikkat azalması ile baş etme, şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri ve şizofreninin zaman içinde gidişi ve sonlanması ile ilgili eğitim olarak belirlenmiştir (Gümüş 2006 b).

Güney Carolina'da ruhsal hastalığı olan yetişkinlerin ailelerinin eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada, ailelerin en çok bireysel görüşmelere ilgi duydukları bulunmuştur (%66). Aileler eğitim ve destek hizmetlerini hastanede (%48), toplumda (%46) ve evde (%48) almayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca yapılan çalışmada, %75'ten fazla ailenin tanımladığı en önemli gereksinim ruh sağlığı profesyonelleri ile iletişim kurmak bulunmuştur (Gasque-Carter& Curlee 1999).

Ailelerin yıllar boyunca ruhsal hastalığı olan yakınlarına bakma yükü altına girmeleri, tüm aile üyeleri arasında ilişki dinamiklerini etkileyebilir ve aile üyelerinin fiziksel ve duygusal sağlığı üzerinde olumsuz etkilerde bulunabilir (O'Connell 2006, Chernomas ve ark. 2008). Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada, bakım verenlerin %65'inde ruhsal bir rahatsızlık bulunma olasılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Şengün 2007).

Ailelerin tepkileri ve baş etme stratejileri zaman içinde değişebilir, ilk psikotik atağı geçiren bir hastanın ailesi şaşkınlık ve endişe içindeyken yedinci kez hastaneye yatan bir hastanın aile üyeleri bıkkınlık yaşıyor olabilirler. Tanı kesinleştğinde ve hastalığın kronik olduğu anlaşıldığında aile üyeleri hastadan uzaklaşarak veya hasta için uygun tedavi ve birbirleri için uygun desteği bulmak için çabalarını arttırarak tepki verebilirler (Rose 1996, Reay-Young 2001, Gülseren 2002,). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin, işlevselliklerinin bozulduğu ve depresyon yaşadıkları belirtilmektedir. Anne babaların hasta olan çocuklarıyla ilgili umutlarını ve beklentilerini yitirdikleri ve bitmeyen bir yas sürecinin başladığı bildirilmektedir. Ailenin diğer üyelerinde de duygusal sorunlar ortaya çıkabileceği gibi hasta yakınlarının mesleki verimlilikleri de düşebilmektedir (Rose 1996, Reay-Young 2001). Bazen

de hastalıkla başa çıkabilmek için gereken yoğun çaba ailenin birbirine daha çok kenetlenmesini sağlayabilir (Reay-Young 2001, Gülseren 2002).

2.4. Ruh Sağlığı Profesyonelleri, Psikiyatri Hemşireliği Ve Aileler

Ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında ve hizmetlerin yürütülmesinde hizmet kullanıcılarının (hastaların ve ailelerinin) katılımı önem kazanmıştır (Thornicroft ve ark. 2005). Son 30 yılda ailelerin tedavi ekibinin etkin üyeleri olmalarına çalışılmaktadır. Aile, ruh sağlığı profesyonelleri için değerli bilgi kaynağıdır. Aile üyeleri erken belirtileri hastalardan daha önce tanıyabilir, tedaviyi planlamada ve uygulamada etkili olabilir, aile içi etkileşimi düzenleyebilir (Doğan 2002).

Tedavide hasta ve ailenin tedavi ekibiyle işbirliği içinde olması ve tedavi sürecine aktif olarak katılması tedavinin etkinliğini arttıran önemli unsurlardır (Gülseren ve ark. 1999, Karancı 2000, Gümüş 2006 a). Ruhsal hastalığın aileyi bir bütün olarak etkilediği göz önünde bulundurulduğunda gerek hasta bireyin en iyi fonksiyon görmesini sağlayarak ailesiyle olan uyumunu arttırmak, gerekse aile üyelerinin psikososyal iyi oluşluğunu korumak ve birbirleriyle uyumlu, rahat yaşamasını sağlama yoluyla hastanın ve ailenin yaşam kalitesini artırmak için de aileye profesyonel destek sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır (Mohr 2000, Doornbos 2001). Profesyonel destek olarak hemşire yatan hasta kliniklerinde, psikiyatri polikliniklerinde ve toplum sağlığı hizmetlerinde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleriyle çalışma imkanına sahiptir. Ayrıca çalışma sonuçları kronik ruhsal hastasına bakım veren ailelerin daha çok destekleyici tedaviden yararlandıklarını ve hemşireyi önemli bir destek sistemi olarak gördüklerini de göstermektedir (Mohr 2000, Doornbos 2001). Bu desteği sağlamada psikiyatri hemşirelerinin aileye yönelik olarak primer rolü eğitim ve danışmanlıktır (Stuart 2001, Chien ve Norman 2002). Hemşire; aileye, hastalık ve tedavisini öğrenme, ruhsal hastalıkla baş etme, problem çözme becerilerinin kazandırılması ve destek sistemlerinin harekete geçirilmesi gibi konularda bireysel ve grup psikoeğitimi ve destekleyici müdahaleleri planlayarak profesyonel destek sağlar (Mohr 2000, Goldstein 2000, Stuart 2001, Chien ve Norman 2002). Hemşirelerin hasta ve ailesine yönelik uygulayabildikleri gruplar; sosyal beceri eğitimi grupları, sanat grupları, hastaneden çıkışa hazırlık grupları ve aile destek gruplarıdır. Aileye yönelik gruplarda ailelere zorlandıkları hastalık sürecindeki rollerini olabildiğince iyi öğretip benimsetebilmek, ruhsal hastalıkla baş etme ve problem çözme becerilerini kazandırmak ve bu yolla aile yükünü

ve stresinin azaltılması amaçlanmaktadır (Goldstein 2000, Doornbos 2001). Hemşirelerin bakım verenlere destek sağlayabilmesi, uygun girişimleri planlayabilmesi ve girişimlerin sonuçlarını değerlendirebilmesi için öncelikle bakım veren ailelerin yaşadıkları güçlüklerin ve eğitim gereksinimlerinin saptanması gerekmektedir (Mohr 2000, Doornbos 2001).

Ailelere destek verilmesinde taburculuk planının oluşturulması psikiyatri hemşiresinin diğer bir görev alanıdır (Ünal 2002). Psikiyatri hemşiresinin kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerine sağlayabileceği diğer bir destek alanı psikiyatrik evde bakım hizmetlerinin aileye sunulmasıdır. Psikiyatrik evde bakım hizmetleri, psikiyatri hemşiresinin de yer aldığı bir ekip tarafından yürütülmektedir. Evde bakım ekibi; taburculuk sonrası tedaviye/ilaca uyumu ve evde bakım planlarını düzenlemede, uygulamada, izleme ve değerlendirmede hasta ailesiyle birlikte işbirliği içinde çalışmaktadır. Ayrıca psikiyatri hemşiresi hasta ve ailesinin yararlandığı dernek ve kuruluşlarda da aileye ve hastalara yönelik psikososyal uygulamaların planlanması ve uygulanması yoluyla aileyi destekleyebilmektedir (Doornbos 2001, Stuart 2001). Psikososyal tedavilerin etkinliği, ekip çalışması anlayışı içinde yürütüldüğünde, hasta ve ailesinin de katılımlarının sağlanmasıyla artmaktadır. (Goldstein 2000, Doornbos 2001).

Çin’de, şizofreni hastalarına ve yakınlarına sağlık bakımı hizmeti sağlanması amacıyla yapılan çalışmada, toplum psikiyatri hemşirelerinin psikososyal bir aile girişiminde bulunmaları halinde, aile üyelerinin hizmetten daha fazla memnun kaldıkları ve kendi psikolojik iyilik hallerinde iyileşme bildirdikleri görülmüştür (Li ve Arthur 2006). Aynı çalışmada, hemşirelerin şizofreni hastalarının aile üyelerinin öğrenme gereksinimleri hakkındaki algıladıkları gereksinimler; hastalık, hastalık belirtileri, ilaç tedavisinin etkileri ve yan etkileri hakkında bilgiler (%60), yinelemelerin önlenmesi (%60), evde bakım (%46.7), ilaçların doğru alınması hakkında hastaların yönlendirilmesi (%33.3), hastalık aşamalarının gözlenmesi ve kontrol edilmesi (%20), hastayla iletişim kurulması (%13.3), hastalığın yineleme belirtilerinin fark edilmesi(%13.3), hastanın tedaviye uyumu konusunda yönlendirilmesi (%6.7), aile müdahalelerinin önemi (%6.7), hastanın aileye ve sosyal hayata geriye döndüğünde nasıl yardım edileceği (%6.7), hasta için olumlu bir çevrenin nasıl yaratılacağı (%6.7) olarak bulunmuştur (Li ve Arthur 2006).

Hodgson ve arkadaşlarının (2002), kronik ruhsal hastalığı olan hastaların aileleri ile ruh sağlığı profesyonelleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, aileler ruh sağlığı çalışanlarını,

profesyonel, arkadaşça, saygılı ve pozitif bulmuşlardır. Fakat, aileler erişilebilirlik ve hastaların tedavisi hakkında iletişim konusunda çalışanlardan memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, ailelerin memnuniyetsiz olduğu diğer konular; tedavi ile ilgili bilgi eksikliği, tedaviye ailelerin dahil edilmemesi, ailelerin problemlerle baş etmesinde yardım edilmemesi, ailelere kriz durumlarında yapılacaklara dair bilgi verilmemesi, hizmet sağlanmaması, ailelere ilaç tedavisi, rehabilitasyon, sosyal hizmetler, meslek fırsatları hakkında yetersiz bilgi verilmesidir (Hodgson ve ark. 2002). Aileler ruh sağlığı profesyonellerinin kendileriyle ilgilenmesi konusunda bir güven, beceri ve örgütsel destek eksikliği yaşadıklarını bildirmişlerdir (Slade ve ark. 2007). Aileler sağlık sisteminden herhangi bir yardım görmediklerini ifade etmelerinin ötesinde, çoğunlukla hastalarına verilen bakım hizmetinin de dışında bırakıldıklarından şikayetçi olmaktadır (Harvey ve ark. 2002, Chernomas ve ark. 2008).

Kronik ruhsal hastalık ile yaşamanın problemleri o kadar geniştir ki, sadece aileler ve sağlık çalışanları arasındaki dayanışma bunun üstesinden gelebilir (Leff 1998). Ancak mevcut klinik uygulamada, ruh sağlığı profesyonelleri ile hastaların aileleri arasındaki ilişkinin en az düzeyde olduğu bulunmuştur (Harvey ve ark. 2002). Uzun yıllardan beri kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin aileleri, diğer kronik hastalıkların aksine planlama, tedavi ve rehabilitasyon bölümlerinin dışında bırakılmaktadırlar (Hodgson ve ark. 2002).

2.5. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerine Yönelik Hizmetler

Toplumdaki ruh sağlığı hizmetlerinin üç yönü vardır. Bunlar:

- 1) İşbirliği amaçlı olarak tedavi sürecine aile üyelerinin de dahil edilmesi,
- 2) Aile üyelerine verilen bilgi ve öneriler,
- 3) Hastalara yönelik doğrudan hizmetlerdir (Greenberg ve ark. 1997).

İşbirliği amaçlı olarak tedavi sürecine aileleri de dahil eden hizmetler: Son zamanlarda, tedavi sürecine ailelerin de dahil edilmeleri yönünde artış yaşanmıştır. Ruh sağlığı profesyonelleri, tedavi sürecine aileleri de dahil ederek ailenin yaşadıklarını anlayabilir, bu konuda destek olabilir ve ailenin hastanın primer destekçisi olduğunun farkına varabilir. Ruh sağlığı profesyonelleri ile aile işbirliği, ailelerin aldığı desteği artırır ve hissettikleri sosyal izolasyonun azalmasını sağlar (Greenberg ve ark. 1997).

Ruh sağlığı profesyonelleri aileleri hem hastaları ile hem de hastalarından ayrı görüşmeye alarak, aile üyesinin bakım verici rolüne saygı göstererek, bakım verici rolünün sürdürülmesi konularında aileyi cesaretlendirerek, aileyi bakım verici rolü dışındaki yaşam alanlarına (iş, okul, diğer çocukların anne babası, eş rolü gibi) yönelik çaba sarf etmesi konusunda cesaretlendirerek aileyi tedavi sürecine dahil edebilir (Bogart ve Solomon 2000, Smith 2003, Mcracken ve ark. 2006, Hong 2009).

Ailelere bilgi ve öneriler: Ruh sağlığı profesyonelleri ailelere ruhsal hastalığın nedenleri, tedavisi ve ağır semptomlar ve zor durumlarla karşılaşıldığında hastaya nasıl davranmaları gerektiği ve yararlanabilecekleri kaynaklar konusunda bilgi vererek yardımcı olabilirler. Ruhsal hastalığı olan kişilerin öncelikli bakım vericileri genellikle aileler olsa da, konuyla ilgili pek fazla bilgi sahibi değildirler. Ruh sağlığı profesyonellerinin verdiği bilgiler ise çoğu zaman karmaşık ve yetersizdir. Hastalıkla ilgili bilgi sahibi olmak, ailelerde kontrol duygusunu artırır ve çaresizlik hissini azaltır (Greenberg ve ark. 1997).

Psikoeğitim bu amaçla geliştirilmiş kanıta dayalı uygulama olarak etkili yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Aileler için yapılan psikoeğitimin amacı, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine bilmedikleri ve zorlandıkları hastalık sürecindeki rollerini olabildiğince iyi öğretip benimsetebilmektir (Goldstein 2000). Bu uygulama, ailelerin yükünü ve sağlık tedavi maliyetlerini azaltırken bir yandan da kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin sağlığını ve fonksiyonel durumunu ciddi bir şekilde geliştirmektedir (Dixon ve ark. 2001, Fleury ve ark.

2008). Ailelere ihtiyaç duyduğu konularda bilgilerin verilmesi yapılandırılmış programlarla grup ya da bireysel eğitim şeklinde olabilir. Psikoeğitimin içeriğinde; hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme, hastanın kendi bakımını sürdürmesi, evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması, yasal konular, intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler, ailelerin hasta ile ilgili ve kendileri ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklar konuları yer almaktadır (Bogart ve Solomon 2000, Doornbos 2001, Smith 2003, Mccracken ve ark. 2006, Hong 2009).

Hastaya doğrudan hizmet: Hastaya sağlanan ruh sağlığı hizmetleri, ailenin ruhsal hastalığı olan yakınına yardım etme çabasını destekleyerek ailenin sıkıntısını azaltabilir. Ruh sağlığı sistemi ruhsal hastalığı olan bireyin bakımına yardımcı olduğunda, aile üyeleri kendilerini yalnız hissetmez ve desteklendiklerini hissederler (Greenberg ve ark. 1997).

Literatürde kronik ruhsal hastalara yönelik olarak verilen hizmetler; ilaç yönetimi, somatik tedaviler (EKT tedavisi), psikoterapiler (psikoanalitik psikoterapiler, destekleyici psikoterapiler, oyun terapileri, aile terapileri, evlilik terapisi, davranış terapileri, danışmanlık, psikodrama ve sosyodrama, bireysel psikoterapi, grup terapisi (destek grupları, aktivite grupları, eğitim grupları, sosyalizasyon grupları, kendine yardım grupları (adsız alkolikler, aile grupları), sosyal terapiler (ortam terapisi, aktivite terapisi, eğitsel terapi) olarak belirtilmektedir (Stuart 2001, Öztürk 2004, Buzlu ve ark. 2011).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine hizmet sağlanmasının birçok nedeni bulunmaktadır. Öncelikle, kronik ruhsal hastalığı olan pek çok kişi ya aile üyeleri ile birlikte yaşamaktadır (ebeveynler, eşler, kardeşler veya çocuklar gibi) ya da akrabaları ile yakın ilişki halindedir. Aile üyeleri ile kurulan ilişki düzeyinin yüksek olması, bu bireylerin tedavinin planlamasına ve uygulamasına olan katılımlarının tedavi tavsiyeleri açısından sağlanan desteği arttıracak ve hastanın takibini kolaylaştırarak, hastalıkta yaşanan değişimlere daha hızlı şekilde yanıt verilmesini sağlayacağını göstermektedir. Aile üyelerinin hastalığın yeniden başlaması halinde oluşan ilk belirtileri tespit etme becerilerinin yüksek olması ve bu belirtilerin oluşması halinde tedavi ekibi üyelerini anında haberdar etmeleri, bu hastalığın yeniden alevlenmesinin engellenmesinde hayati önem taşımaktadır. İkincisi, kronik ruhsal hastalığı bulunan bir kişi ile yakın bir ilişki kurulması ve bu kişiye bakım hizmeti sağlanması, aileler üzerinde ağır bir yük oluşturabilmektedir. Ruhsal hastalığı bulunan birey ile yakın bir ilişki kurmanın pek çok olumlu yönü mevcut olmasına rağmen, bakım verici rolü aileler açısından

zorlayıcı ve stresli bir iş olabilir ve bu durum endişe, depresyon gibi pek çok olumsuz duyguyu beraberinde getirebilir. Ailelerin üzerindeki yükün azaltılması aile eğitiminin önemli hedeflerinden birisidir; bu sayede aile üyelerinin hasta yakınları ile ilgilenirken psikolojik ve fizyolojik açıdan sağlıklı kalmaları sağlanır. Üçüncüsü, aile içerisinde stres düzeyinin yüksek olması, çoğunlukla bakım hizmeti verme ile ilişkilendirilmektedir. Aile içerisindeki stresin azaltılması herkes için yaşam kalitesini iyileştirebilir, aile üyelerinin stresle etkili şekilde başa çıkma becerilerinin iyileştirilmesi ise kronik ruhsal hastalık sahibi olan kişilerin aile dışı kaynaklardan gelen stres ile daha etkili bir biçimde başa çıkmasını sağlayabilir ve sonuçta hastaların iyileşme hedeflerine ulaşmalarında yardımcı olunur (Dixon ve ark. 1999).

Hastane tedavisinde ailelerin yer almasının diğer yararları: hastanın sosyal fonksiyonlarında iyileşme sağlanması, hastane dışında geçirilen zaman miktarının artırılması, ailedeki çatışmaların azaltılması ve ailenin algıladığı yükün azalması ile ailedeki birlikteliğin artmasıdır (Perrault ve ark. 2005).

Tedavide ailelerin olmasının birçok yararı olmasına rağmen aileler tedavide yer almamaktadırlar. Ailelerin tedavide yer almamasının nedenleri ise aşağıdaki şekilde belirtilmiştir.

- a) Ailelerin beklentileri ile hizmet sağlayanlar arasındaki uyum eksikliği,
- b) Hastaneden çıktıktan sonra kaynakların ailelerle kurulan birlikteliği karşılamaması,
- c) Psikiyatrik rahatsızlığı olan hastaların, ailelerinin tedavi sürecine katılmalarına karşı çıkmalarıdır (Perrault ve ark. 2005).

Ruh sağlığı profesyonellerinin ailelerle çalışmasına engel olan durumlar; ruh sağlığı profesyonellerinin ailelerin tedavi sürecindeki olumlu katkılarını önemsememeleri, ailelerin mesafe, ulaşım ve maddi (düşük gelir seviyesi) nedenlerden tedaviye dahil olamamaları (Gasque-Carter&Curlee 1999, Sareen ve ark. 2007), ailelerin hastalığın başlarında hastalarının iyileştirilmesi konusunda çok istekli olmaları fakat daha sonra hastalara uygulanan programlara uymamaları (Yeh ve ark. 2008) olarak belirtilmiştir. Diğer engel olan durumlar; aile ya da hasta ile (örn. ailenin ilgi yetersizliği), çalışma koşulları ile (örn. ağır iş yükü) ve sağlık sistemi ile (örn. yasal ve örgütsel faktörler, devlet politikası gibi) ilgili bulunmuştur (Dixon ve ark. 2001, Slade ve ark. 2007, Kim ve Salyers 2008). Ayrıca bazı ruh sağlığı profesyonellerinde ruhsal hastalıklara aile üyelerinin neden olduğu görüşünün devam etmesinin, ruh sağlığı

profesyonellerinin ailelerle bilgi paylaşmakta isteksiz olmalarının ve aileleri dinlememelerinin ailelerle çalışma engellerini oluşturduğu belirtilmiştir (O'Connell 2006). Ailelerin hastalarına yardımcı olmada yaşadıkları zorlukların başlıcaları; ruh sağlığı profesyonelleri ile kurulan sınırlı iletişim ve ruh sağlığı çalışanlarının ruhsal hastalıklar konusunda sınırlı bilgi birikimine sahip olmaları, uzmanların ailelerle çalışmak için yeterli zamanın olmaması ve iş yükünün fazla olmasıdır (Kaas 2003, Slade ve ark. 2007). Psikiyatri yataklarının sayısında azalma, hastanede kalınan sürede azalma ve beraberinde hastanedeki görevli sayısındaki düşüş de ailelere verilen hizmetleri sınırlamaktadır (Kaas 2003).

Akut psikiyatri birimlerinde yatan 98 hasta ile bunların 40 bakım vereninin, taburcu etme planlamasında yer alması konusundaki tercihleri ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada, hastaların %89'u, ailelerin %84'ü klinik çalışanları ile aileler arasında taburculuk sırasında herhangi bir iletişim kurulmadığını bildirmişlerdir. Aileler hastaların ilaçları, hastane dışı sunulan hizmetler, taburcu etme tarihi ile ilgili aileyi bilgilendirme ve finansal konulardan memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmada, hem hastalar hem de aileleri kriz durumlarının yönetiminde, yeniden hastaneye yatmadan kaçınmada ve ailelere sunulan hizmetler konusunda düşük memnuniyet düzeyleri bildirmişlerdir (Perrault ve ark. 2005).

Hastalığın seyrinde ailenin çevreden aldığı sosyal destek önemli olup bu destek ailenin hastaya davranışını olumlu olarak etkilemektedir (Gülseren 2002). Ayrıca hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılması, hasta yakınlarının anksiyete-depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler, ruh sağlığı profesyonellerinin desteğini içeren iyi bir sosyal destek, hasta yakınlarına hastalıkla uygun biçimde başa çıkma konusunda eğitim verilmesi aile üyelerinin yükünün azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Gülseren ve ark. 2010, Arslantaş ve Adana 2011). Bu nedenle ruh sağlığı profesyonellerinin hasta yakınlarını tedavi sürecine katmaları önem taşımaktadır. Ayrıca ekonomik yükün fazla oluşu, ailelere yardım fonlarından yararlanmaları yönünde destek verilmesi gereğini ortaya koymaktadır (Akbulut ve ark. 2009).

Kurumlarda hastaların tedavisi, çoğunlukla akut dönem belirtilerini yatıştırmak ve ilaçları düzenlemekle sınırlı kalmaktadır. Yoğun iş yükü içerisinde hasta için rehabilitasyona yönelik girişimlerde bulunulamadığı gibi, çoğu kez aile üyelerine de yeterince zaman ayrılmamaktadır (Gülseren 2002).

Ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine yönelik yapılan çalışmalarda aile katılımının önemi vurgulanmakla birlikte, ailelerin hastalıkla baş etme konusunda yeterli destek göremedikleri belirtilmektedir. Bunun bir nedeni, ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan bireylere ve ailelerine yönelik sürekliliği olan programların ve rehabilitasyon uygulamalarının olmayışıdır. Bazı kurumlarda hastalar hastaneden çıktıktan sonra ayaktan izlenmekte bazen de hasta ve ailelerin yer aldığı programlar uygulanmaktadır (Aker 2000, Yazıcı 2000, Çetinkaya Duman ve ark. 2007). İyileşmenin sürekliliğinin sağlanmasında psikososyal rehabilitasyon programları, psikososyal destek programları, aile terapilerinin önemli olmasına karşın bu konuda ülkemizde kurumsallaşma ve yasal düzenleme olmadığı için konu ile ilgili çalışmalar bireysel düzeyde kalmaktadır (Arslantaş ve Adana 2011).

Hangi devletlerin, kronik ruhsal hastalığı olan yetişkinlerin ailelerine ruh sağlığı hizmetlerinin ulaşımını kolaylaştırdığı konusunda, devlet ruh sağlığı programları üzerine yapılan bir çalışmada, devletlerin %73'ü ailelere ulaştırılan hizmetler hakkında bir politikaya sahip değilken (ülkemizde bu gruba dahil), %80'inin bir aile destek uygulamasına fon sağladığı bulunmuştur. Devletler tarafından desteklenen uygulamaların büyük bir kısmı NAMI tarafından yapılan aileden-aileye destek programlarıdır. Bu gibi aile-destek ve eğitim programları ruh sağlığı sistemlerince belli bir çerçevede sunulmak üzere hizmetlerle devam ettirilebilir. Diğer taraftan, devletler aile uygulamaları için sadece kısıtlı destek göstermektedirler (Dixon ve ark. 1999).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine verilen psikiyatri hizmetlerinin belirlenmesi, hasta ve aile özelliklerinin verilen hizmetleri kullanmalarına etkisinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin poliklinik ve yataklı servislerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri Ekim- Aralık 2010 tarihleri arasında, toplanmıştır. Hastanede psikiyatri ve nöroloji birimleri bulunmaktadır. Psikiyatri servislerinin yatak kapasitesi 177, nöroloji servisinin 16'dır. Hastanede erkek servisi, kadın servisi, erkek kadın karma açık servis, nöroloji kliniği (karma klinik) ve acil birimi bulunmaktadır. Hastaların yanında refakatçi kalmamaktadır. Poliklinikte psikiyatri, çocuk psikiyatrisi, nöroloji hastalarına hizmet verilmektedir. Haftanın bir günü başka bir hastaneden gelen doktor tarafından dahiliye poliklinik hizmeti verilmektedir.

Poliklinikte Ailelere Verilen Hizmetler

- Doktorlar, hastalar ve aileleri ile randevu sıralarına göre görüşme yapıyor.
- Eğitim hemşiresi ve poliklinik hemşiresi ailelere eğitim yapıyor.

Klinikte Ailelere Verilen Hizmetler

- Doktorlar hasta aileleri ile belirledikleri zamanlarda görüşmeler yapıyor ve gereksinim alanlarına göre bilgiler veriyorlar.
- Hemşireler hastaların yatışı sırasında aileleri ile hasta ile ilgili bilgilerin alınması için görüşmeler yapmakta ve hasta taburcu olurken ilaçların neler olduğu ve nasıl kullanılacağı ve ilk poliklinik randevusu ile ilgili bilgileri vermektedirler.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemini Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran, yataklı psikiyatri hizmetlerinden yararlanan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinden araştırma kriterlerine uygun toplam 80 kişiden oluşmaktadır. Örneklem seçimi, olasılıksız örnekleme yöntemi ile yapılmıştır. Araştırma örneklemine Ekim-Aralık 2010 tarihleri arasında polikliniğe başvuran ve yataklı serviste yatan kronik ruhsal hastalığı olan hastaların aşağıda belirtilen özellikleri olan aileleri alınmıştır.

Örnekleme dahil etme kriterleri

- 1.Kronik ruhsal hastalık tanılı (şizofreni, bipolar bozukluk) bireyin bakım vereni olma,
- 2.Hasta ile birlikte yaşama,
- 3.Hasta ile en fazla zaman geçiren birey olma,
4. Hastanın tedavisinden ve bakımından sorumlu olma,
- 5.Çalışmaya katılmaya gönüllü olma,
- 6.Yazılanları veya okunanları anlayabilme.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken; ailelere verilen psikiyatri hizmet oranları, bağımsız değişkenleri; hastanın tanısı, hastalık süresi, klinikte yatma ve poliklinikten izlenme durumları, ailelerin cinsiyeti, yaş grubu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu olarak belirlenmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak (Bogart ve Solomon 2000, Doornbos 2001, Smith 2003, Mccracken ve ark. 2006, Hong 2009) hazırlanan, Tanıtıcı Özellikler Soru Formu (Ek 1) ve Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerinin Kullandıkları Psikiyatri Hizmetlerini Değerlendirme Formu (Ek 2) kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıtıcı Özellikler Soru Formu

Tanıtıcı özellikler soru formunda, hastanın ve aile üyesinin sosyo-demografik verilerinin toplanmasını amaçlayan sorular bulunmaktadır. Formda hastaya yönelik olarak; hastanın yaşı, cinsiyeti, tanısı, kaç yıldır hasta olduğunu ve klinik durumunu belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Ailenin özelliklerini belirlemeye yönelik olarak; yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, hastaya yakınlık derecesi ve hastaya bakma süresini içeren sorular yer almaktadır. (EK-1)

3.5.2.Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerinin Kullandıkları Psikiyatri

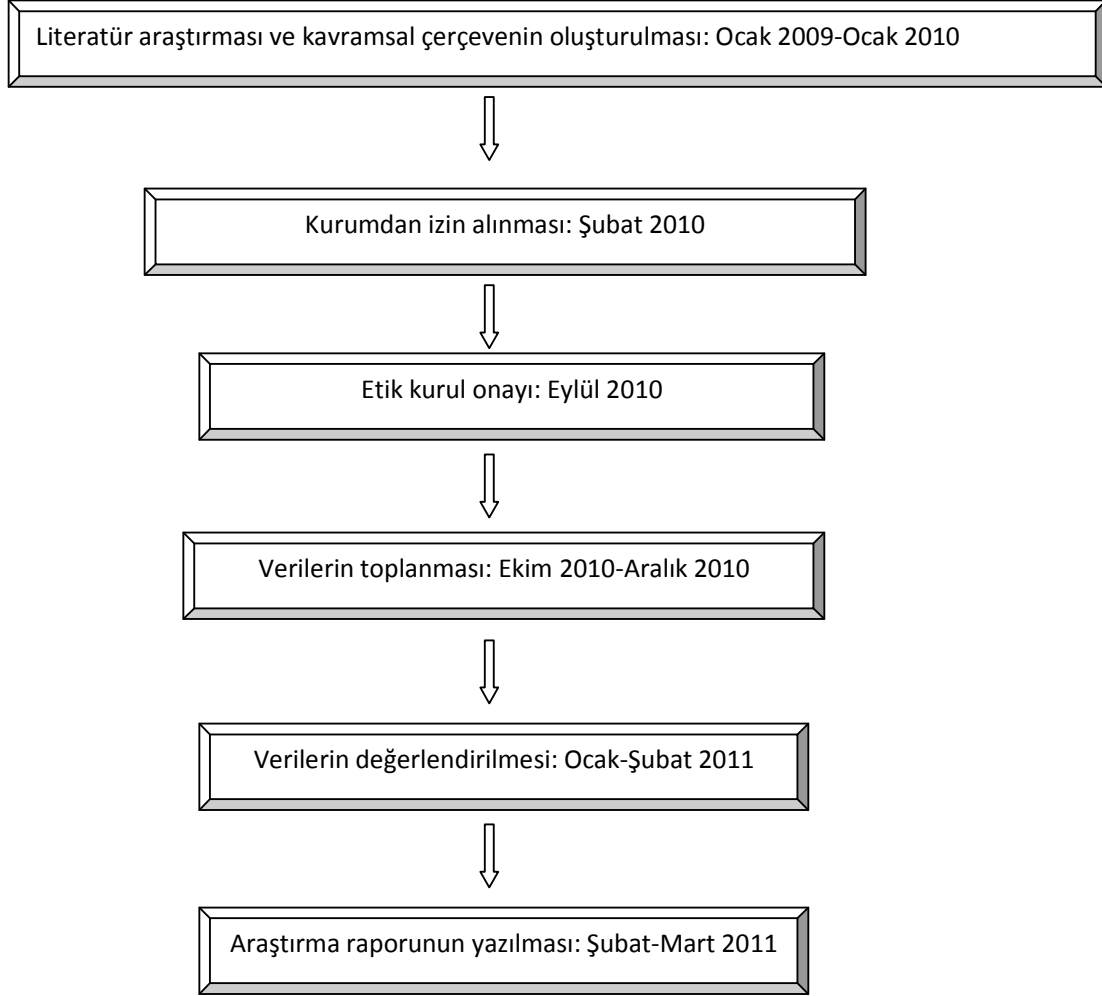
Hizmetlerini Değerlendirme Formu

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine verilen psikiyatri hizmetlerinin ve ailelerin bu hizmetleri kullanımlarının belirlenmesi için araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan hizmet listesi çıkarılmış ve kronik ruhsal hastalığı olan ailelerle çalışma deneyimi olan, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan üç uzman hemşireden, bir sosyal hizmet uzmanından ve bir doktordan hastanede verilen hizmetlerin neler olduğu öğrenilmiş ve oluşturulan soruların içeriği konusunda görüş alınmıştır. Formun ön uygulaması on beş bakım verende yapılmış, düzenlemeler yapılarak formun son şekli verilmiştir.

Verilerin toplanma süreci;

Veriler, araştırmacı tarafından belirtilen birimlere başvuran, örnekleme dahil etme kriterlerini karşılayan ailelerden toplanmıştır. Ailelere görüşmenin amacı anlatılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden ailelerden onam alınarak anket formları uygulanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Yatan hastaların aileleriyle ziyaret saatinde görüşme odasında, poliklinikten izlenen hastaların aileleriyle psikiyatri polikliniğinde görüşülmüştür. Görüşme süresi her aile bireyi için ortalama yirmi dakika sürmüştür.

3.6. Araştırma Planı



3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri girişi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Science for Windows) 15.00 programı kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin analizinde ailedeki bakım verene ve hastaya özgü sosyo-demografik değişkenler ve kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin kullandıkları psikiyatri hizmetlerinin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde dağılımı kullanılmıştır. Hasta ve ailelerin özelliklerine göre ailelerin hizmetleri kullanma durumlarının karşılaştırılmasında Yates düzeltmeli ki-kare ve Fisher kesin ki-kare analizi kullanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı, etik kurul işlemlerinin uzun sürmesi nedeniyle veri toplama süresinin kısa olması ve bu sürede örneklem kriterlerini karşılayan ailelere sınırlı sayıda ulaşılmasıdır.

3.9. Etik Kurul onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu'ndan 22.09.2010 tarih ve 109-İOÇ protokol numaralı 2010/12-48 karar ile etik kurul onayı alınmıştır (Ek-3).

Araştırmanın yapıldığı Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (B.10.4.İSM.04.34.59.29.) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden (SG.B104İSM.4344743/1339) yazılı izin belgesi alınmıştır (Ek-4). Çalışmaya alınacak hasta yakınlarına çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek, çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerden yazılı onam alınmıştır (Ek-5).

4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırma örneklemine alınan 80 hasta yakınının ve hastaların tanıtıcı bilgileri ve kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin kullandıkları psikiyatri hizmetleri, hasta ve ailelerin özelliklerine göre ailelerin bu hizmetleri kullanma durumları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları (n: 80)

Özellikler	n	%
Yaş		
18-39 Yaş	48	60
40 Yaş ve Üzeri	32	40
Cinsiyet		
Kadın	55	68,7
Erkek	25	31,3
Tanı		
Şizofreni	39	48,7
Bipolar Affektif Bozukluk	41	51,3
Hastalık Süresi (Tanı Koyma Süresi)		
1-10 Yıl	46	57,5
10 Yılden Fazla (11-40 Yıl)	34	42,5
Klinik Durum		
Klinikte Yatıyor	55	68,7
Poliklinikte İzleniyor	25	31,3

Tablo 1’de hastalara ilişkin tanıtıcı özelliklere yer verilmiştir. Hastaların %60’ı 18-39 yaş grubunda, %68,7’si kadın, %48,7’si şizofreni tanılı ve %51,3’ü bipolar affektif bozukluk tanılıdır. Hastaların %57,5’inin hastalık süresi 1-10 yıl arasında olup, %68,7’sinin klinikte yattığı ve %31,3’ünün poliklinikten izlendiği saptanmıştır.

Tablo 2. Aile Bireylerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n: 80)

Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	40	50,0
Erkek	40	50,0
Yaş Grupları		
15-49 Yaş	42	52,5
50 Yaş ve Üzeri	38	47,5
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve Eğitimsiz	52	65,0
Lise ve Üniversite	28	35,0
Medeni Durum		
Evli	54	67,5
Bekar	26	32,5
Çalışma		
Çalışıyor	29	36,3
Çalışmıyor	51	63,7
Sosyal Güvence		
Var	71	88,7
Yok	9	11,3
Gelir		
Gelir Gideri Karşılıyor	44	55,0
Gelir Giderden Az	36	45,0
Yakınlık Derecesi		
Anne	22	27,5
Baba	14	17,5
Kardeş	20	25,0
Eş ve çocuğu	18	22,5
Diğer (teyze, kuzen...gibi)	6	7,5

Tablo 2’de ailedeki bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Ailedeki bakım veren kişilerin %50’si kadın, %50’si erkek, %52,5’i 15-49 yaş grubunda, %65’i ilköğretim mezunu ve eğitimsiz, %67,5’i evli, % 63,7’si çalışmıyor, %88,7’sinin sosyal güvencesinin olduğu ve %55’inin gelir durumunun gelir gideri karşılar olduğu ve % 27,5’inin anne olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerinin Kullandıkları Psikiyatri Hizmetlerinin Dağılımları (n: 80)

Hizmet Alanları	Evet		Hayır*	
	n	%	N	%
1.Ailelerin, hizmet verenler (doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi) tarafından hastaları ile birlikte görüşmeye alınması.	68	85,0	12	15,0
2.Ailelerin, hizmet verenler tarafından hastalarından ayrı görüşmeye alınması.	55	68,8	25	31,3
3.Hizmet verenler tarafından aileye hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme konularında bilgi verilmesi.	43	53,8	37	46,3
4. Hizmet verenler tarafından aileye grup eğitimi yapılması.	11	13,8	69	86,3
5.Hastalarla yapılan grup eğitimlerine ailelerin katılması.	11	13,8	69	86,3
6. Hizmet verenler tarafından hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında aileye bilgi verilmesi.	25	31,3	55	68,8
7.Hizmet verenler tarafından hastanın evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında aileye bilgi verilmesi.	15	18,8	65	81,3
8.Ailelerin, hizmet verenler tarafından hasta ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara (iş başvurusu, maddi yardım hizmetleri için sosyal hizmetlere başvurma vb.) yönlendirilmesi.	12	15,0	68	85,0
9.Ailelerin, hizmet verenler tarafından kendileri ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara (sosyal hizmetler, ilgili dernekler vb.) yönlendirilmesi.	12	15,0	68	85,0
10. Hizmet verenler tarafından ailelerin yasal konular hakkında (rapor alma, öğrenci kaydının dondurulması, malulen emeklilik v.b.) bilgilendirilmesi.	22	27,5	58	72,5
11. Hizmet verenler tarafından aileye intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında (acil servis, polis/ karakol gibi) bilgi verilmesi.	21	26,3	59	73,8

*Hayır diyenlerin tamamına yakını hizmet verilmediği için alamadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 3'te kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin kullandıkları psikiyatri hizmetlerinin dağılımları yer almaktadır. Ailelerin %85'inin hizmet verenler tarafından (bu kişinin doktor olduğu belirtilmiştir) hastaları ile birlikte görüşmeye alındıkları, %68,8'inin hastalarından ayrı görüşmeye alındıkları, %53,8'inin hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme konularında bilgi verildiği, %46,3'üne bilgi verilmediği saptanmıştır. Ailelerin %86,3'üne hizmet verenler tarafından grup eğitimi yapılmadığı, %86,3'ünün hastalarla yapılan grup eğitimlerine alınmadığı, %68,8'ine hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında bilgi verilmediği, %81,3'üne hastanın evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında bilgi verilmediğini belirttikleri bulunmuştur. Ailelerin %85'inin hasta ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara (iş başvurusu, maddi yardım hizmetleri için sosyal hizmetlere başvurma vb.) yönlendirilmediği, %85'inin kendileri ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara (sosyal hizmetler, ilgili dernekler vb.) yönlendirilmediği, %72,5'inin yasal konular hakkında (rapor alma, öğrenci kaydının dondurulması, malulen emeklilik v.b.) bilgilendirilmediği, %73,8'inin intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında (acil servis, polis/ karakol gibi) bilgi verilmediği saptanmıştır.

Tablo 4. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Özelliklerine Göre Ailelerin Psikiyatri Hizmetlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması (n: 80)

Özellikler	Hizmet Türleri ve Kullanma Durumu															
	Ailelerin hastaları ile birlikte görüşmeye alınması				Ailelerin hastadan ayrı görüşmeye alınması				Aileye hastalık, hastalık belirtileri gibi... konularda bilgi verilmesi				Aileye grup eğitimi yapılması			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tam																
Şizofreni	31	79,5	8	20,5	23	59,0	16	41,0	21	53,8	18	46,2	4	10,3	35	89,7
Bipolar Affektif	37	90,2	4	9,8	32	78,0	9	22,0	22	53,7	19	46,3	7	17,1	34	82,9
Bozukluk																
$\chi^2 / p \text{ (sd:1)}$	1,068*		,301		2,555*		,110		,000*		1,000		,314*		,575	
Hastalık Süresi																
1-10 Yıl	42	91,3	4	8,7	35	76,1	11	23,9	28	60,9	18	39,1	7	15,2	39	84,8
10 Yıl ve Üzeri	26	76,5	8	23,5	20	58,8	14	41,2	15	44,1	19	55,9	4	11,8	30	88,2
$\chi^2 / p \text{ (sd:1)}$	2,311*		,128		1,968*		,161		1,584*		,208		-		,751**	
Klinik Durum																
Klinikte Yatıyor	46	83,6	9	16,4	45	81,8	10	18,2	32	58,2	23	41,8	11	20,0	44	80,0
Poliklinikte İzleniyor	22	88,0	3	12,0	10	40,0	15	60,0	11	44,0	14	56,0	-	-	25	100,0
$\chi^2 / p \text{ (sd:1)}$	-		,744**		12,111*		,001		,879*		,349		-		,014**	

* Gözlerde 25'den küçük gözlenen sayı olduğu için Yatest Düzeltmeli Ki-kare analizi yapılmıştır.

** Gözlerde 5'den küçük beklenen sayı olduğu için Fisher's Kesin Ki-kare Testi Yapılmıştır.

Tablo 4. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Özelliklerine Göre Ailelerin Psikiyatri Hizmetlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması (n: 80)

Özellikler	Hizmet Türleri ve Kullanma Durumu											
	Ailelerin hastalarla yapılan grup eğitimlerine katılması				Aileye hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında bilgi verilmesi				Aileye hastanın yaşam alanlarını planlaması hakkında bilgi verilmesi			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tam												
Şizofreni	4	10,3	35	89,7	8	20,5	31	79,5	5	12,8	34	87,2
Bipolar Affektif	7	17,1	34	82,9	17	41,5	24	58,5	10	24,4	31	75,6
Bozukluk												
$\chi^2 / p (sd:1)$												
		,314*		,575		3,167*		,075		1,079*		,299
Hastalık Süresi												
1-10 Yıl	6	13,0	40	87,0	19	41,3	27	58,7	10	21,7	36	78,3
10 Yıl ve Üzeri	5	14,7	29	85,3	6	17,6	28	82,4	5	14,7	29	85,3
$\chi^2 / p (sd:1)$												
		-		1,000**		4,051*		,044		,257*		,612
Klinik Durum												
Klinikte Yatıyor	11	20,0	44	80,0	22	40,0	33	60,0	13	23,6	42	76,4
Poliklinikte	-	-	25	100,0	3	12,0	22	88,0	2	8,0	23	92,0
İzleniyor												
$\chi^2 / p (sd:1)$												
		-		,014**		5,036*		,025		-		,128**

* Gözlerde 25'den küçük gözlenen sayı olduğu için Yatest Düzeltmeli Ki-kare analizi yapılmıştır

** Gözlerde 5'den küçük beklenen sayı olduğu için Fisher's Kesin Ki-kare Testi Yapılmıştır.

Tablo 4. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Özelliklerine Göre Ailelerin Psikiyatri Hizmetlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması (n: 80)

Özellikler	Hizmet Türleri ve Kullanma Durumu															
	Ailelerin hasta ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi				Ailelerin kendileri ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi				Ailelerin yasal konular hakkında bilgilendirilmesi				Aileye intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında bilgi verilmesi			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tanı																
Şizofreni	4	10,3	35	89,7	5	12,8	34	87,2	7	17,9	32	82,1	9	23,1	30	76,9
Bipolar Affektif Bozukluk	8	19,5	33	80,5	7	17,1	34	82,9	15	36,6	26	63,4	12	29,3	29	70,7
$\chi^2/p(sd:1)$	,715*		,398		,048*		,826		2,610*		,106		,141*		,708	
Hastalık Süresi																
1-10 Yıl	8	17,4	38	82,6	8	17,4	38	82,6	13	28,3	33	71,7	13	28,3	33	71,7
10 Yıl ve Üzeri	4	11,8	30	88,2	4	11,8	30	88,2	9	26,5	25	73,5	8	23,5	26	76,5
$\chi^2/p(sd:1)$	,144*		,704		,144*		,704		,000*		1,000		,048*		,827	
Klinik Durum																
Klinikte Yatıyor	11	20,0	44	80,0	10	18,2	45	81,8	19	34,5	36	65,5	16	29,1	39	70,9
Poliklinikte İzleniyor	1	4,0	24	96,0	2	8,0	23	92,0	3	12,0	22	88,0	5	20,0	20	80,0
$\chi^2/p(sd:1)$	-		,092**		-		,323**		-		,068**		,339*		,560	

* Gözlerde 25'den küçük gözlenen sayı olduğu için Yatest Düzeltmeli Ki-kare analizi yapılmıştır.

** Gözlerde 5'den küçük beklenen sayı olduğu için Fisher's Kesin Ki-kare Testi Yapılmıştır.

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin özelliklerine göre ailelerin psikiyatri hizmetleri kullanma durumları ki-kare analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 4).

- Hasta ailelerinin, **hastanın tanısına göre** “hastaları ile birlikte görüşmeye alınması”, “hastadan ayrı olarak görüşmeye alınması”, “aileye hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme konularında bilgi verilmesi” ve “aileye grup eğitimi yapılması” hizmetlerini kullanma durumu karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 4).
- Hasta ailelerinin, **hastanın tanısına göre** “hastalarla yapılan grup eğitimlerine katılması”, “hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında aileye bilgi verilmesi”, “hastanın evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında aileye bilgi verilmesi” hizmetlerini kullanma durumları karşılaştırıldığında, tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 4).
- Hasta ailelerinin, **hastanın tanısına göre**, “ailelerin hasta ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi”, “ailelerin kendileri ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi”, “ailelerin yasal konular hakkında bilgilendirilmesi” ve “aileye intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında bilgi verilmesi” hizmetlerini kullanma oranları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 4).

- **Hastaların hastalık süresine göre**, ailelerin “hastaları ile birlikte görüşmeye alınması”, “hastadan ayrı olarak görüşmeye alınması”, “aileye hastalık, hastalık belirtileri tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme konularında bilgi verilmesi” ve “aileye grup eğitimi yapılması” hizmetlerini kullanma durumu karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 4).
- Hasta ailelerinin, hastaların **hastalık süresine göre** “hastalarla yapılan grup eğitimlerine katılma” ve “hastanın evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında aileye bilgi verilmesi” hizmetlerini kullanma durumları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptanmıştır. Hastalık süresine göre hasta ailelerinin “hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında aileye bilgi verilmesi” hizmetini kullanma durumunda ise istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<.05$), hastalık süresi 1-10 yıl arasında olan grubun bu hizmeti kullanma oranının hastalık süresi 10 yılın üzerinde olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4).
- Hasta ailelerinin, hastaların **hastalık süresine göre** “ailelerin hasta ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi”, “ailelerin kendileri ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi”, “ailelerin yasal konular hakkında bilgilendirilmesi” ve “aileye intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında bilgi verilmesi” hizmetlerini kullanma oranları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 4).

- **Hastası klinikte yatan** ailelerin, hastası poliklinikten izlenen ailelere göre dört hizmeti kullanma durumları karşılaştırıldığında, “ailelerin hastaları ile birlikte görüşmeye alınma” ve “aileye hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme konularında bilgi verilmesi” hizmetlerini kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$), hastadan ayrı olarak görüşmeye alınma ($p<.01$) ve aileye grup eğitimi yapılması hizmetlerini kullanma durumları ($p<.05$) arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Hastası klinikte yatan ailelerin bu iki hizmeti kullanma oranları hastası poliklinikte izlenen ailelerden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).
- **Hastası klinikte yatan** ailelerin, hastası poliklinikten izlenen ailelere göre, “hastalarla yapılan grup eğitimlerine katılma”, “hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında aileye bilgi verilmesi” hizmetlerini kullanma oranları arasında anlamlı fark olduğu, hastası klinikte yatan grubun bu hizmetleri kullanma oranlarının poliklinikte izlenenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<.05$, Tablo 4). Ailelere “hastanın evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında bilgi verilmesi” hizmetini kullanma oranları arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$, Tablo 4b).
- **Hastası klinikte yatan** ailelerin, hastası poliklinikten izlenen ailelere göre; “hasta ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi”, “kendileri ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi”, “yasal konular hakkında bilgilendirilmesi” ve “intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında bilgi verilmesi” hizmetlerini kullanma oranları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 4).

Tablo 5. Hasta Ailelerinin Özelliklerine Göre Psikiyatri Hizmetlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması (n: 80)

Bakım Verenin Özellikleri	Hizmet Türleri ve Kullanma Durumu															
	Ailelerin hastaları ile birlikte görüşmeye alınması				Ailelerin hastadan ayrı görüşmeye alınması				Aileye hastalık, hastalık belirtileri gibi... konularda bilgi verilmesi				Aileye grup eğitimi yapılması			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş																
15-49 Yaş	37	88,1	5	11,9	28	66,7	14	33,3	20	47,6	22	52,4	5	11,9	37	88,1
50 Yaş ve Üzeri	31	81,6	7	18,4	27	71,1	11	28,9	23	60,5	15	39,5	6	15,8	32	84,2
$\chi^2 / p (sd:1)$	,252*		,616		,033*		,856		,868*		,351		,032*		,858	
Cinsiyet																
Kadın	31	77,5	9	22,5	26	65,0	14	35,0	19	47,5	21	52,5	5	12,5	35	87,5
Erkek	37	92,5	3	7,5	29	72,5	11	27,5	24	60,0	16	40,0	6	15,0	34	85,0
$\chi^2 / p (sd:1)$	2,451*		,117		,233*		,630		,805*		,370		,000*		1,000	
Eğitim Durumu																
İlköğretim/Eğitimsiz	47	90,4	5	9,6	34	65,4	18	34,6	26	50,0	26	50,0	8	15,4	44	84,6
Lise ve Üniversite	21	75,0	7	25,0	21	75,0	7	25,0	17	60,7	11	39,3	3	10,7	25	89,3
$\chi^2 / p (sd:1)$	-		,099**		,400*		,527		,465*		,495		-		,739**	
Çalışma Durumu																
Çalışıyor	29	100,0	-	-	22	75,9	7	24,1	19	65,5	10	34,5	7	24,1	22	75,9
Çalışmıyor	39	76,5	12	23,5	33	64,7	18	35,3	24	47,1	27	52,9	4	7,8	47	92,2
$\chi^2 / p (sd:1)$	-		,003**		,615*		,433		1,846*		,174		-		,087**	
Gelir Durumu																
Gelir Gidere Eşit	38	86,4	6	13,6	29	65,9	15	34,1	21	47,7	23	52,3	6	13,6	38	86,4
Gelir Giderden Az	30	83,3	6	16,7	26	72,2	10	27,8	22	61,1	14	38,9	5	13,9	31	86,1
$\chi^2 / p (sd:1)$	,004*		,950		,132*		,716		,939*		,333		-		1,000**	

* Gözlerde 25'den küçük gözlenen sayı olduğu için Yatest Düzeltmeli Ki-kare analizi yapılmıştır.

** Gözlerde 5'den küçük beklenen sayı olduğu için Fisher's Kesin Ki-kare testi yapılmıştır.

*** Gruptaki örneklem sayısı az, gözlerde 5'den küçük beklenen sayı yüksek oranda olduğu için analize dahil edilmemiştir.

Tablo 5. Hasta Ailelerinin Özelliklerine Göre Psikiyatri Hizmetlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması Devam (n: 80)

Bakım Verenin Özellikleri	Hizmet Türleri ve Kullanma Durumu											
	Ailelerin hastalarla yapılan grup eğitimlerine katılması				Aileye hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında bilgi verilmesi				Aileye hastanın yaşam alanlarını planlaması hakkında bilgi verilmesi			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş												
15-49 Yaş	5	11,9	37	88,1	16	38,1	26	61,9	10	23,8	32	76,2
50 Yaş ve Üzeri	6	15,8	32	84,2	9	23,7	29	76,3	5	13,2	33	86,8
$\chi^2 / p (sd:1)$	,032*		,858		1,316*		,251		,869*		,351	
Cinsiyet												
Kadın	4	10,0	36	90,0	11	27,5	29	72,5	7	17,5	33	82,5
Erkek	7	17,5	33	82,5	14	35,0	26	65,0	8	20,0	32	80,0
$\chi^2 / p (sd:1)$	,422*		,516		,233*		,630		,000*		1,000	
Eğitim Durumu												
İlköğretim/Eğitimsiz	8	15,4	44	84,6	17	32,7	35	67,3	9	17,3	43	82,7
Lise ve Üniversite	3	10,7	25	89,3	8	28,6	20	71,4	6	21,4	22	78,6
$\chi^2 / p (sd:1)$	-		,739**		,016*		,899		,023*		,881	
Çalışma Durumu												
Çalışıyor	7	24,1	22	75,9	16	55,2	13	44,8	10	34,5	19	65,5
Çalışmıyor	4	7,8	47	92,2	9	17,6	42	82,4	5	9,8	46	90,2
$\chi^2 / p (sd:1)$	-		,087**		10,434*		,001		5,860*		,015	
Gelir Durumu												
Gelir Gidere Eşit	6	13,6	38	86,4	16	36,4	28	63,6	7	15,9	37	84,1
Gelir Giderden Az	5	13,9	31	86,1	9	25,0	27	75,0	8	22,2	28	77,8
$\chi^2 / p (sd:1)$	-		1,000**		,720*		,396		,186*		,666	

* Gözlerde 25'den küçük gözlenen sayı olduğu için Yatest Düzeltmeli Ki-kare analizi yapılmıştır.

** Gözlerde 5'den küçük beklenen sayı olduğu için Fisher's Kesin Ki-kare testi yapılmıştır.

*** Gruptaki örneklem sayısı az, gözlerde 5'den küçük beklenen sayı yüksek oranda olduğu için analize dahil edilmemiştir.

Tablo 5. Hasta Ailelerinin Özelliklerine Göre Psikiyatri Hizmetlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması Devam (n: 80)

Bakım Verenin Özellikleri	Hizmet Türleri ve Kullanma Durumu															
	Ailelerin hasta ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi				Ailelerin kendileri ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi				Ailelerin yasal konular hakkında bilgilendirilmesi				Aileye intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında bilgi verilmesi			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş																
15-49 Yaş	9	21,4	33	78,6	9	21,4	33	78,6	15	35,7	27	64,3	12	28,6	30	71,4
50 Yaş ve Üzeri	3	7,9	35	92,1	3	7,9	35	92,1	7	18,4	31	81,6	9	23,7	29	76,3
$\chi^2/p(sd:1)$	1,903*		,168		1,903*		,168		2,188*		,139		,058*		,809	
Cinsiyet																
Kadın	5	12,5	35	87,5	5	12,5	35	87,5	9	22,5	31	77,5	10	25,0	30	75,0
Erkek	7	17,5	33	82,5	7	17,5	33	82,5	13	32,5	27	67,5	11	27,5	29	72,5
$\chi^2/p(sd:1)$	,098*		,754		,098*		,754		,564*		,453		,000*		1,000	
Eğitim																
İlköğretim/Eğitimsiz	7	13,5	45	86,5	7	13,5	45	86,5	13	25,0	39	75,0	13	25,0	39	75,0
Lise ve Üniversite	5	17,9	23	82,1	5	17,9	23	82,1	9	32,1	19	67,9	8	28,6	20	71,4
$\chi^2/p(sd:1)$	-		,744**		-		,744**		,176*		,675		,006*		,936	
Çalışma Durumu																
Çalışıyor	7	24,1	22	75,9	8	27,6	21	72,4	14	48,3	15	51,7	12	41,4	17	58,6
Çalışmıyor	5	9,8	46	90,2	4	7,8	47	92,2	8	15,7	43	84,3	9	17,6	42	82,4
$\chi^2/p(sd:1)$	-		,108**		-		,024**		8,282*		,004		4,223*		,040	
Gelir Durumu																
Gelir Gidere Eşit	7	15,9	37	84,1	6	13,6	38	86,4	14	31,8	30	68,2	12	27,3	32	72,7
Gelir Giderden Az	5	13,9	31	86,1	6	16,7	30	83,3	8	22,2	28	77,8	9	25,0	27	75,0
$\chi^2/p(sd:1)$	,000*		1,000		,004*		,950		,497*		,481		,000*		1,000	

* Gözlerde 25'den küçük gözlenen sayı olduğu için Yatest Düzeltmeli Ki-kare analizi yapılmıştır.

** Gözlerde 5'den küçük beklenen sayı olduğu için Fisher's Kesin Ki-kare testi yapılmıştır.

*** Gruptaki örneklem sayısı az, gözlerde 5'den küçük beklenen sayı yüksek oranda olduğu için analize dahil edilmemiştir.

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin sosyodemografik özelliklerine göre psikiyatri hizmetlerini kullanma durumları ki-kare analizi ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 5).

- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin **yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumuna** göre; “hastaları ile birlikte görüşmeye alınma”, “hastadan ayrı olarak görüşmeye alınma”, “aileye hastalık, hastalık belirtileri tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme konularında bilgi verilmesi” ve “aileye grup eğitimi yapılması” hizmetlerini kullanma durumları karşılaştırıldığında, dört değişkene göre de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 5).
- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin **yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumuna** göre “hastalarla yapılan grup eğitimlerine katılma”, “hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında aileye bilgi verilmesi”, “hastanın evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında aileye bilgi verilmesi” hizmetlerini kullanma durumları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 5).
- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin **yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumuna** göre; “ailelerin hasta ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi”, “ailelerin kendileri ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi”, “ailelerin yasal konular hakkında bilgilendirilmesi” ve “aileye intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında bilgi verilmesi” hizmetlerini kullanma oranları karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 5).

- Hasta ailelerinin **çalışma durumuna** göre hizmetleri kullanma durumu karşılaştırıldığında, çalışmakta olan ailelerin “hastaları ile birlikte görüşmeye alınması” hizmetini çalışmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek oranda kullandığı ($p<.01$), çalışan ve çalışmayan grupların “hastadan ayrı olarak görüşmeye alınması”, “aileye hastalık, hastalık belirtileri tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme konularında bilgi verilmesi” ve “aileye grup eğitimi yapılmasını” içeren üç hizmeti kullanma oranları arasında ise anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$, Tablo 5).
- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin **çalışma durumuna** göre hizmetleri kullanma durumu karşılaştırıldığında çalışan ve çalışmayan ailelerin “hastalarla yapılan grup eğitimlerine katılma” hizmetini kullanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>.05$). Çalışan ailelerin, “hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında bilgi verilmesi”, “hastanın evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında bilgi verilmesi” hizmetlerini kullanma oranları çalışmayan hasta ailelerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 5). (Önemlilik düzeyi; hizmet türüne göre sırasıyla $p<.01$ / $p<.05$ ’dir, Tablo 5).
- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin **çalışma durumuna** göre hizmetleri kullanma durumu karşılaştırıldığında, çalışan ve çalışmayan ailelerin ‘hasta ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi’ hizmetini kullanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>.05$). Çalışmakta olan hasta ailelerinin, “kendileri ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilmesi”, “yasal konular hakkında bilgilendirilmesi” ve “intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında bilgi verilmesi” hizmetlerini kullanma oranları çalışmayan hasta ailelerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 5). (Önemlilik düzeyi; hizmet türüne göre sırasıyla $p<.05$ / $p<.01$ / $p<.05$ ’dir, Tablo 5).

5. TARTIŞMA

5.1. Ailelerin Kullandıkları Psikiyatri Hizmetleri İle İlgili Bulguların İncelenmesi

Araştırmaya katılan ailelerin çoğu doktor tarafından hastaları ile birlikte (%85) ve hastalarından ayrı görüşmeye alındıklarını (%68,8) ve ailelerin yarısı (%53,8'i) hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme konularında bilgi verildiğini belirtmişlerdir. Ailelerin %86,3'ü hizmet verenler tarafından grup eğitimi yapılması, %86,3'ü hastalarla yapılan grup eğitimlerine ailelerin alınması, %81,3'ü hastanın evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında bilgi verilmesi, %85'i hasta ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara (iş başvurusu, maddi yardım hizmetleri için sosyal hizmetlere başvurma vb.) yönlendirilme, %85'i kendileri ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara (sosyal hizmetler, ilgili dernekler vb.) yönlendirilme gibi beş hizmet alanında hizmet verilmeme oranlarını en yüksek belirtmişlerdir. Aileler diğer hizmet alanları ile birlikte sekiz maddede belirtilen hizmetleri kullanmama nedenlerini bu hizmetlerin verilmemesi olarak bildirmişlerdir (Tablo 3).

Aile üyelerinin değerli bir bilgi kaynağı olduğu ve erken belirtileri hastalardan daha önce tanıyabildikleri, tedaviyi planlamada ve uygulamada etkili oldukları için (Doğan 2002) ailelerin görüşmeye alınmaları, görüşmeler sırasında bilgi verilmesi önemli bir hizmet alanıdır. Güney Carolina'da ruhsal hastalığı olan yetişkinlerin ailelerinin eğitim gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada, ailelerin en çok bireysel görüşmelere ilgi duydukları bulunmuştur (%66) (Gasque-Carter& Curlee 1999). Kronik ruhsal hastası olan ailelerle yapılan çalışmalarda, ailelerin hasta yakınlarına bakma konusunda ihtiyaç duydukları hizmetler tanımlanmıştır. Ailelerin ihtiyaç duyduğu bu hizmetler; ruhsal hastalığın etiyolojisi ve tedavisi, zor semptomlarla ve zor durumlarda nasıl baş edilebileceği, duygusal destek ve toplumsal kaynaklar hakkındaki bilgilerdir (Bogart ve Solomon 2000, Kim ve Salyers 2008). Ailelerin gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda da ailelerin gereksinimleri; hasta bakımı konusunda yardım, bilgiye ulaşma, sosyal destek (Yeh ve ark. 2008), hastalarının yasal hakları hakkında bilgi, toplumda psikiyatri hastası olmanın getirdiği sorunlar ile baş etme, hastalık için uygulanan psikososyal tedavi yöntemleri, hastalık ile ilgili özel grup veya dernekler (Gümüş 2006 b) olarak belirtilmektedir. Belirtilen hizmetler ve gereksinim alanları bu çalışmada verilen hizmetlerin oranı ile uyumlu olarak çok düşük bulunmuştur.

Çalışmada ailelere verilen hizmetlerin doktorlar tarafından ve sadece görüşmeler sırasında verildiği saptanmıştır. Bu durum genel hastane ortamlarında hastayı değerlendiren ve tedavi sürecini izleyen doktorların hastalık hakkında bilgi veren kişiler olarak görülmeleri ile

açıklanabilir. Ailelere diğer hizmetlerin verilememesi zaman azlığı, hasta yoğunluğu gibi durumlarla açıklanabileceği gibi ailelerin tedavi planının bir parçası olarak görülmemesi, klinikte ve poliklinikteki rutinlerde aileleri tedavi sürecine dahil edecek sürekliliği olan programların olmaması ile açıklanabilir. Psikiyatri hemşirelerinin sağlık eğitiminde çok önemli rolleri olmasına rağmen klinik rutin uygulamada bu rolün yerine getirilemediği gözlenmektedir. Yataklı psikiyatri kliniklerinde ve ayaktan hasta izleminin olduğu psikiyatri polikliniklerinde uzman psikiyatri hemşirelerinin olmaması bunun bir nedeni olabileceği gibi, buralarda çalışan hemşirelerin hasta ve yakınlarıyla görüşme yapma ve ailelere yönelik hizmetlerde sorumluluk alma ve aile müdahalelerini yönetmeleri konusunda bilgi ve eğitimlerinin azlığı gibi faktörlerle de açıklanabilir. Klinikte yatan hastaların ailelerine hasta taburcu olurken plansız, kısa bilgiler (ilaçlar ve poliklinik randevu tarihi hakkında bilgi) verildiğinden ailelerin bu kısa bilgilendirmeyi planlı hizmetler kapsamında değerlendirmedeği görülmektedir. Poliklinikte eğitim hemşiresinin verdiği eğitimler planlı, ailelerin düzenli devam edebileceği şekilde olmayıp, randevu için gelen ailelerin daha çok katıldığı bir eğitim olduğu için bu hizmet aileler tarafından hizmet olarak değerlendirilmemiş olabilir.

5.2. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin ve Ailelerinin Özelliklerine Göre Ailelerin Psikiyatri Hizmetlerini Kullanma Durumunun Karşılaştırılması

Hastanın tanısına göre ailelerin hizmet verenler tarafından; hastaları ile birlikte ve hastadan ayrı olarak görüşmeye alınma, aileye grup eğitimi yapılması, hastalarla yapılan grup eğitimlerine ailelerin katılması, ailenin hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında, zor durumlarla baş etme konularında ve yasal konular hakkında bilgilendirilmesi, hastanın kendi bakımını sürdürmesi, evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması, intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında aileye bilgi verilmesi ve ailelerin hasta ve kendileri ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara yönlendirilmesi hizmetlerini kullanma oranları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 4).

Literatürde şizofreni hastalarının aileleri ile ilgili müdahale programları ve çalışmalarında artma olduğu belirtilmesine rağmen (Dixon 1999, Doğan ve ark. 2002, Duman ve ark. 2007, Arslantaş ve ark. 2009) çalışmanın yapıldığı kurumda ne şizofreni ne de bipolar affektif bozukluk tanımlı hastaların ailelerine yönelik yürütülen planlı eğitim programları yoktur.

Hastalık süresi 1-10 yıl arasında olan hasta ailelerinin hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında bilgilendirilmeleri hizmetini kullanma durumları hastalık süresi 10 yıldan daha uzun olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 4).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri tanı kesinleştiğinde ve hastalığın kronik olduğu anlaşıldığında hastadan uzaklaşarak veya hasta için uygun tedavi ve birbirleri için uygun desteği bulmak için çabalarını arttırarak tepki verebilirler (Rose 1996, Reay-Young 2001, Gülseren 2002, Gümüşi 2006 b). İlk ataklar sırasında ve akut alevlenme nedeni ile hastane yatışları sırasında aileler hastalığın neden olduğu ya da yinelediği, gelecekte ne olacağı ve neler yapılabileceği gibi sorulara yanıt aramaktadırlar (Gülseren 2002). Yeh ve arkadaşlarının (2008) şizofreni hastaların ailelerinin gereksinimlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, ailelerin hastalığın başlarında hastalarının iyileştirilmesi konusunda çok istekli oldukları fakat daha sonra hastalara uygulanan programlara uymadıkları belirtilmektedir (Yeh ve ark. 2008). Bu araştırmada literatürle uyumlu sonuçlar çıkmış ve hasta ailelerinin hastalığın ilk 10 yılında hizmetleri daha fazla kullandıkları bulunmuştur.

Hastası klinikte yatan ailelerin hastadan ayrı olarak görüşmeye alınma ($p<.01$), grup eğitimi yapılması ($p<.05$, Tablo 4), hastalarla yapılan grup eğitimlerine katılma, hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında bilgilendirilme ($p<.05$, Tablo 4) hizmetlerini kullanma durumları poliklinikten izlenen hasta ailelerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri eğitim ve destek hizmetlerini hastanede (%48), evde (%48) ve toplumda (%46) almayı tercih ettiklerini belirtmelerine rağmen (Gasque-Carter & Curlee 1999) çalışmalarda, hastaların ailelerinin hastalığın akut dönemlerinde en fazla yardım aradığı, ilişki ve işbirliğine açık olduğu ve istekli olduğu bulunmuştur (Rose 1996, Reay-Young 2001, Gülseren 2002, Doğan 2002). Aileler özellikle hastaları hastanede yatarken ilişki ve işbirliğine en açık olup zorlandıkları alanlarda soru sorma, bilgi arama ve yardım istemeye yönelik daha motivedirler (Doğan 2002). Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisi çoğunlukla akut dönem belirtilerini yatıştırmak ve ilaçları düzenlemekle sınırlı kalmaktadır ve taburculuk sonrası hastaların ve ailelerin yararlanabileceği sürekliliği olan programlar da yok denecek kadar azdır (Gasque-Carter & Curlee 1999). Yukarıda belirtilen nedenlerle birlikte çalışmanın yapıldığı yataklı psikiyatri kliniğinde belirtilen bazı hizmetlerin olduğu ve ailelerin bu hizmetleri aldığı, fakat poliklinik rutinlerinde hastalar ve aileler için planlı ve sürekliliği olan hizmetlerin olmadığı görülmektedir.

Hasta ailelerinin yaşına göre hizmet verenler tarafından; hastaları ile birlikte ve hastadan ayrı olarak görüşmeye alınma, aileye grup eğitimi yapılması, hastalarla yapılan grup eğitimlerine ailelerin katılması, ailenin hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında, zor durumlarla baş etme konularında ve yasal konular hakkında bilgilendirilmesi, hastanın kendi bakımını sürdürmesi, evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması, intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında aileye bilgi verilmesi ve ailelerin hasta ve kendileri ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara yönlendirilmesi hizmetlerini kullanma oranları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 5).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine hangi bilgi ve destek hizmetlerinin sunulabileceğini ve ailelerin tercihlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, yaşlı olan bakım verenler (daha çok anneler) hastalarına bakmak için daha az sayıda karşılanmamış gereksinimleri olduğunu ve daha az hizmete gereksinimleri olduğunu bildirmişlerdir (Drapalski ve ark. 2008). Bu araştırmada ise yaşa göre verilen hizmetlerin kullanımı arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

Hasta ailelerinin cinsiyetine göre hizmet verenler tarafından; hastaları ile birlikte ve hastadan ayrı olarak görüşmeye alınma, aileye grup eğitimi yapılması, hastalarla yapılan grup eğitimlerine ailelerin katılması, ailenin hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında, zor durumlarla baş etme konularında ve yasal konular hakkında bilgilendirilmesi, hastanın kendi bakımını sürdürmesi, evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması, intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında aileye bilgi verilmesi ve ailelerin hasta ve kendileri ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara yönlendirilmesi hizmetlerini kullanma oranları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 5).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinde hastalarının bakım yükü genellikle kadınların üzerindedir. Çoğunlukla kadınlar hastanın annesi, kız kardeşi ya da eşi olup, daha genç ve daha iyi sağlık düzeyine sahip olan kadınlar bakım verenlerdir. Erkekler genellikle bakıma ya acil durumlarda katılmakta ya da eşin işi dolayısıyla eşe destek vermek amacıyla gerektiğinde bakıma destek vermektedirler (Meijer ve ark. 2004, O'Connell 2006, Arslantaş ve Adana 2011). Bu çalışmada kadın erkek oranı eşit olup hizmetleri kullanımları arasında fark bulunmamıştır.

Hasta ailelerinin eğitim durumlarına göre hizmet verenler tarafından; hastaları ile birlikte ve hastadan ayrı olarak görüşmeye alınma, aileye grup eğitimi yapılması, hastalarla yapılan grup eğitimlerine ailelerin katılması, ailenin hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında, zor durumlarla baş etme konularında ve yasal konular hakkında bilgilendirilmesi, hastanın kendi bakımını sürdürmesi, evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması, intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında aileye bilgi verilmesi ve ailelerin hasta ve kendileri ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara yönlendirilmesi hizmetlerini kullanma oranları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 5).

Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalık, nedenleri, tedavisi ve sonuçlarıyla ilgili bilgi ve görüşlerini saptamak ve bunların hangi değişkenlerden etkilendiğini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada, hastalığa cinlerin, şeytanların neden olabileceği, tanrının bir cezası olarak değerlendirme, hoca ve türbe ile düzelebilir görüşlerinin aile üyelerinin eğitim düzeyinin düşük olması ile ilişkili bulunmuştur (Yıldız 2010). Kişilerin eğitim durumları değer yargılarını etkiler. Ruh hastalıklarına karşı tutum ve onları kabullenme ya da onlarda etkilenme, olumlu ilişkiler kurma açısından eğitim durumunun önemli bir yer teşkil ettiğine inanılmaktadır (Ünal 2002). Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla

yapılan çalışmada, şizofreni hakkında genel bilgiler boyutunda okuryazar/ilkokul mezunu olan hasta yakınlarının sağlık eğitimine daha çok gereksinim duydukları belirlenmiştir (Gümüş 2006 b). Bu bilgiler doğrultusunda eğitim düzeyi yüksek olan ailelerin hizmetleri kullanım oranlarının daha yüksek olması beklenir ancak bu araştırmada hizmet kullanım durumları arasında fark olmadığı bulunmuştur. Bu durumun araştırmada veri toplanan gruptaki kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin % 52'sinin eğitimsiz ve ilköğretim mezunu, %28'inin lise ve üniversite mezunu olması nedeniyle, eğitimsiz ve ilköğretim mezunu kişi sayısının fazla olması ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Hasta ailelerinin gelir durumlarına göre hizmet verenler tarafından; hastaları ile birlikte ve hastadan ayrı olarak görüşmeye alınma, aileye grup eğitimi yapılması, hastalarla yapılan grup eğitimlerine ailelerin katılması, ailenin hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında, zor durumlarla baş etme konularında ve yasal konular hakkında bilgilendirilmesi, hastanın kendi bakımını sürdürmesi, evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması, intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında aileye bilgi verilmesi ve ailelerin hasta ve kendileri ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara yönlendirilmesi hizmetlerini kullanma oranları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 5).

Ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine hangi bilgi ve destek hizmetlerinin sunulabileceğini ve ailelerin tercihlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, ailedeki bakım verenlerin gelir durumlarına göre farklılık bulunmamıştır (Drapalski ve ark. 2008). Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, gelir düzeyi düşük hasta yakınlarının sağlık eğitimine daha çok gereksinim duyduğu saptanmıştır (Gümüş 2006 b). Hastaların hizmet kullanımına ilişkin çalışmalarda gelir durumunun düşük olması hizmet kullanımına engel olan bir durum olarak bulunmuştur (Kessler ve ark. 1997, Sareen ve ark. 2007). Hastalar için engel olan bu durumun aileler için de engel teşkil edeceği düşünülebilir. Bu çalışmada ise gelir durumlarına göre ailelerin verilen hizmetleri kullanımları arasında fark olmadığı bulunmuştur.

Çalışan ailelerin, hastaları ile birlikte görüşmeye alınma ($p<.01$, Tablo 5), hastanın kendi bakımını sürdürmesi, evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında aileye bilgi verilmesi ($p<.01$, $p<.05$, Tablo 5), yasal konular, intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında bilgi verilmesi ve kendileri ile ilgili

yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilme hizmetlerini kullanma oranları çalışmayan hasta ailelerinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<.05$, Tablo 5).

Drapalski ve arkadaşlarının çalışmasında (2008), emekli olmuş ve yaşlı aile üyeleri tam veya yarı zamanlı çalışan aile üyelerine göre daha az hizmet gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde çalışma durumu ile hizmet kullanımı arasında ilişki bulunan kaynaklara ulaşamamış olup, çalışan ailelerin bilgiye ulaşma, araştırma yapma ve yardım arama isteklerinin çalışmayanlardan daha yüksek olduğu düşünülebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine verilen psikiyatri hizmetlerinin belirlenmesi hasta ve aile özelliklerinin verilen hizmetleri kullanmalarına etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda verilmiştir.

- Ailelerin çoğunluğunun hastaları ile birlikte ve hastalarından ayrı görüşmeye alındıkları (yalnızca doktorlar tarafından) ve ailelere hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme konularında bilgi verildiği saptanmıştır (Tablo 3).
- Ailelere hizmet verenler tarafından grup eğitiminin yapılması, ailelerin hastalarla yapılan grup eğitimlerine alınması, hastanın kendi bakımını sürdürmesi, evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında bilgi verilmesi, ailelerin hasta ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara (iş başvurusu, maddi yardım hizmetleri için sosyal hizmetlere başvurma v.b.) ve kendileri ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara (sosyal hizmetler, ilgili dernekler etme) yönlendirilmesi, yasal konular hakkında (rapor alma, öğrenci kaydının dondurulması, malulen emeklilik v.b.) bilgilendirilme, intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında (acil servis, polis/ karakol gibi) bilgi verilmesi gibi hizmet alanlarını, almayanların oranının alan ailelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3).
- Hasta ailelerinin, hastanın tanısına göre hizmet kullanma durumlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$) (Tablo 4).
- Hastalık süresi 1-10 yıl arasında olan hastaların ailelerinin hizmet verenler tarafından hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında aileye bilgi verilmesi hizmetini almaları hastalık süresi 10 yıldan fazla olan hastaların ailelerine göre anlamlı düzeyde farklı olduğu bulunmuştur ($p<.05$) (Tablo 4).
- Hastası klinikte yatan hasta ailelerinin hastadan ayrı olarak görüşmeye alınma ($p<.01$), grup eğitimi yapılması ($p<.05$, Tablo 4), hastalarla yapılan grup eğitimlerine katılma, hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında bilgilendirilme ($p<.05$, Tablo 4), hizmetlerini kullanma durumları poliklinikten izlenen hasta ailelerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

- Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumuna göre hizmetleri kullanma durumları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>.05$) (Tablo 5).
- Çalışan ailelerin, hastaları ile birlikte görüşmeye alınma ($p<.01$, Tablo 5), hastanın kendi bakımını sürdürmesi, evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında aileye bilgi verilmesi, ($p<.01$, $p<.05$, Tablo 5), yasal konular, intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında bilgi verilmesi ve kendileri ile ilgili yararlanabileceği kaynaklara yönlendirilme ($p<.05$, Tablo 5) hizmetlerini kullanma oranları çalışmayan hasta ailelerinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; ailelerle ilgili hizmetler ve ilgili araştırmalara yönelik öneriler aşağıda açıklanmıştır. Bunlar;

- ❖ Araştırmada ailelere hizmet verenler tarafından grup eğitimi yapılmadığı, hastanın kendi bakımını sürdürmesi, evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında bilgi verilmediği, ailelerin hasta ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara (iş başvurusu, maddi yardım hizmetleri için sosyal hizmetlere başvurma vb.) ve kendileri ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara (sosyal hizmetler, ilgili dernekler vb.) yönlendirilmediği, yasal konular hakkında (rapor alma, öğrenci kaydının dondurulması, malulen emeklilik v.b.) bilgilendirilmediği, intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında (acil servis, polis/ karakol gibi) bilgi verilmediği saptanmıştır sonucuna göre; ailelere yönelik bireysel ya da grup eğitimleri yapılması ve bu eğitim programlarının içeriğinde de bu konuların yer alması önerilir.
- ❖ Araştırmada klinikte yatan hasta ailelerinin bazı hizmetleri kullanma durumları poliklinikten izlenen hasta ailelerine göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur sonucuna göre; psikiyatri hizmetlerinin sadece klinik uygulamalarla sınırlı kalmayıp ailelere yönelik bireysel ya da grup eğitim programları oluşturulmalı ve poliklinik rutinlerinin içine yerleştirilmeli, hastalara verilen grup eğitimlerine ailelerin dahil edilebileceği programlar oluşturulmalıdır. Hastaların ailelerine yönelik yataklı psikiyatri kliniklerinde hizmetler yüksek

ıksa da, bu hizmetlerin niteliği incelenebilir. Ayrıca yataklı psikiyatri kliniklerine srekliiliği olan yapılandırılmış, hemşirenin de olduğu, hasta ve ailelere yönelik programlar oluşturulmalıdır.

- ❖ Araştırmada çalışan ailelerin hizmetleri kullanma oranları çalışmayan hasta ailelerinden ve hastalık süresi 1-10 yıl arasında olan hastaların ailelerinin hizmetleri kullanma oranları hastalık süresi 10 yıldan fazla olan hastaların ailelerine göre fark olduğu sonucuna göre; hastalık süresi 10 yılın üzerinde olan hastaların aileleri ile çalışmayan aileler hizmetleri kullanmama açısından risk grubunu oluşturmaktadır. Bu gruptaki ailelerin oluşturulacak eğitim programlarına dahil edilmesi, görüşmeler ve tanılamalar sırasında bu ailelere daha dikkat edilmesi önerilir.

Araştırmalara yönelik;

- Kronik ruhsal hastalığı olan hasta ailelerinin hizmet algıları ile psikiyatri kliniği ve polikliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin aileye yönelik hizmet algılarını karşılaştıran çalışmaların yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

Akbulut Ş, Eşsizoğlu A, Özcan A. Şizofren hasta yakınlarında aile yükü. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Kitapçığı. Poster Bildirisi. 2009; 210-212.

Aker T, Yazıcı A. Şizofrenide bilişsel- davranışçı terapi yöntemleri ve rehabilitasyon uygulamaları. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 2000; 8 (Ek,4): 21-29.

Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, ve ark. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2009; 10(2) : 3 – 10.

Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2011; 3 (2): 251-277.

Bogart MT, Solomon P. Releasing information to families of persons with severe mental illness: A survey of NAMI members. Psychiatric Services, 2000; 51(8): 1006-1011.

Buzlu S, Kutlu Y, Bilgin H, Küçük L, ve ark. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Ders Notları. 2011: 188-237.

Chernomas WM, Clarke DE, Marchinko S. Relationship-Based support for women living with serious mental. Issues in Mental Health Nursing. Women, Schizophrenia, and Relationship-Based Support, 2008; 29: 437–453.

Chien W, Norman J. Educational needs of families caring for Chinese Patients with schizophrenia. Journal of Advanced Nursing, 2002; 44 (5): 490-498.

Department of Health. Developing services for carers and families of people with mental illness. 2002;1-32.

Dixon L. Providing services to families of persons with schizophrenia: present and future. The Journal of Mental Health Policy and Economics. 1999; 2: 3–8.

Dixon L, Lyles A, Scott J, Lehman A, et al. Services to families of adults with schizophrenia: From treatment recommendations to dissemination. Psychiatric Services, 1999; 50 (2): 233–238.

Dixon L, McFarlane WR, Lefley H, Lucksted A, et al. Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. Psychiatric Services, 2001;52 (7): 903–910.

Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3: 240-248.

Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, ve ark. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3: 133-139.

Drapalski AL, Marshall T, Seybolt D, Medoff D, et al. Unmet needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family services. Psychiatric Services, 2008; 59 (6): 655–662.

Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine ‘bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı’ uygulaması, izlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; 8: 91-101.

Dülgerler Ş. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ailelerine verilen psikoeğitim etkinliğinin değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2004.

Doornbos MM. Professional support for family caregivers of people with serious and persistent mental illnesses. Journal of Psychosocial Nursing, 2001; 39 (12): 38-45.

Fleury MJ, Grenier G, Caron J, Lesage A. Patients’ report of help provided by relatives and services to meet their needs. Community Ment Health J, 2008; 44: 271–281.

Gasque- Carter KO, Curlee MB. The educational needs of families of mentally ill adults: the South Carolina experience. Psychiatric Services, 1999; 50 (4): 520-524.

Goldstein MJ. ABD’de şizofreni tedavisi kapsamında ruhsal–eğitsel aile programları. Çev: Şen N. Şizofreni Yazıları Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayın Organı, 2000; 1(1): 20-26.

Greenberg JS, Greenley JR, Brown R. Do mental health services reduce distress in families of people with serious mental illness?. Pschiatric Rehabilitation Journal, 1997; 21 (1): 40-50.

Gülseren L. Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(2): 143-151.

Gülseren L, Turgut S, Yaprak S, Kültür S. Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1999; 10: 325-331.

Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T ve ark. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21(3): 203-212.

Gümüş AB. Şizofreni hasta ve ailelerinin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2006 a; 1(2): 23-34.

Gümüş AB. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006 b; 7: 33-42.

Harvey K, Burns T, Fiander M, Huxley P, et al. The Effect of intensive case management on the relatives of patients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 2002; 53 (12): 1580–1585.

Hodgson O, King R, Leggatt M. Carers of mentally ill people in Queensland: Their perceived relationships with professional mental health service providers: Report on a survey. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH)*, 2002; 1 (3).

Hong S-I. Understanding Patterns of Service Utilization Among Informal Caregivers of Community Older Adults. *The Gerontologist Advance Access Published*, 2009;1-13.

Hostick T. Developing user involvement in mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1998; 5 (6): 439-444.

Kaas MJ, Lee S, Peitzman C. Barriers to collaboration between mental health professional and families in the care of persons with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 2003;24: 741-756.

Karancı N. Şizofren hasta yakınlarının dünyası: Nedensel atıflar, yükler, umutlar. *Şizofreni Yazıları*, 2000; 1 (1): 6-12.

Kessler RD, Frank RG, Edlund M, Katz SJ, et al. Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *The New England Journal of Medicine*. 1997; 336 (8): 551-557.

Kim H, Salyers MP. Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: Mental health professionals' perspectives. *Community Ment Health J*, 2008;44: 337–345.

Leff J. Needs of the families of people with schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 1998; 4: 277-284.

Li Z, Arthur D. An education intervention for families of people with schizophrenia in China- development & evaluation. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2006, 44 (2): 38-47.

Mccracken C, Dalgard OD, Ayuso-Mateos JL, Casey P, et al. Health service use by adults with depression:community survey in five European countries. *British Journal of Psychiatry*, 2006; 189:161-167.

Meijer K, Schene A, Koeter M, Knudsen HC, et all. Needs for care of patients with schizophrenia and the consequences for their informal caregivers- Results from the EPSILON multi centre study on schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004; 39: 251–258.

Mohr KW. Partnering with families. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2000; 38 (1): 15-22.

O'Connell KL. Needs of families affected by mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 2006; 16 (3): 40-48.

Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 4.Baskı: Feryal Matbaası, Ankara, 2004:217-281.

Parker B.A. Living with mental illness: The family as caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1993; 31 (3): 19-21.

Perrault M, Provencher H, Desmarais J. The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: the perspective of patients and their relatives. *Psychiatric Quarterly*, 2005, 76 (4):297-315.

Reay-Young R. Support groups for relatives of people living with serious mental illness: an overview. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 2001; 5: 147-168.

Rose LE. Families of psychiatric patients: a critical review and future research directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1996; 2: 67-76.

Slade M, Pinfold V, Rapaport J, Bellringer S, et al. Best practice when service users do not consent to sharing information with carers. *British Journal of Psychiatry*. 2007; 190: 148-155.

Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, Clara I, et al. Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*. 2007; 58 (3): 357–364.

Sever A, Kutlu Y. Bir risk grubu olarak ruhsal bozukluğu olan bireylerin aileleri. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2001; 4 (2-3): 58-61.

Smith CS. Patterns and predictors of service use and unmet needs among aging families of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 2003; 54 (6): 871-877.

Stuart GW. Roles and functions psychiatric nurses. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 8th Edition, China, 2001; 2-14.

Şengün F. Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2007.

Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000; 1(3): 133-42.

Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiologia Psichiatria Sociale*. 2005; 14 (1): 1-3.

Ünal G. Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 2002; 15(4): 221-228.

- Yazıcı A.** Şizofreni Rehabilitasyonuna Ailenin Katılım Süreci. 3P Dergisi. 2000; 8, 35-38.
- Yeh L-L, Hwu H-G, Chen C-H, Chen C-H, et al.** Factors related to perceived needs of primary caregivers of patients with schizophrenia. Elsevier & Formosan Medical Association. J Formos Med Assoc, 2008; 107 (8): 644-652.
- Yıldız M.** Psikiyatrik Rehabilitasyon. Köroğlu E, Güleç C, (editörler). Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, Ankara, HYB Basım Yayın, 2007;726-732.
- Yıldız M, Yazıcı A, Çetinkaya Ö, Bilici R, ve ark.** Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi ve görüşleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 2010; 21(2):105-113.
- Winfield RH.** Stress reduction for family caregivers in chronic mental illness: Implications of a work stress management perspective. International Journal of Stress Management, 2000;7 (3): 193-207.
- World Health Organization.** The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Burden of Mental Health and Behavioral Disorders, 2001; Chapter 2. Erişim: www.who.int/whr/2001.
- Wright ER.** The impact of organizational factors on mental health professionals' involvement with families. Psychiatric Services, 1997; 48 (7): 921-927.

8. EKLER

EK -1

TANITICI ÖZELLİKLER SORU FORMU

Hasta:

1) Yaşı:

2) Cinsiyeti:

a. Kadın

b. Erkek

3) Tanısı:

4) Tanıyı Ne Kadar Süre Önce Aldı? :

5) Hastanın şu andaki klinik durumu:

a. Klinikte yatıyor

b. Poliklinikten izleniyor

Ailedeki Bakım Veren:

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz:

a. Kadın

b. Erkek

3) Eğitim Durumu:

a. Okur-yazar değil

b. Okuma-yazma biliyor

c. İlkokul mezunu

d. Ortaokul mezunu

e. Lise mezunu

f. Üniversite ve üstü

4) Medeni Durumunuz:

a. Evli

b. Bekar

5) Çalışma Durumu:

a. Çalışıyor

b. Çalışmıyor

6) Sosyal Güvenceniz:

a. Var

b. Yok

7) Gelir Durumunuz:

a. Gelir giderden fazla

b. Gelir giderden az

c. Gelir gidere eşit

8) Hastaya Yakınlık Dereceniz:

a. Anne

b. Baba

c. Kardeş

d. Eş

e. Diğer

9) Hastaya Bakım Verme Süreniz:

**EK-2 KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN AİLELERİNİN
KULLANDIKLARI PSİKİYATRİ HİZMETLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU**

Hizmet Alanları	Evet	Hayır	Kullanmıyorsanız Neden?
1.Ailelerin, hizmet verenler (doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi) tarafından hastaları ile birlikte görüşmeye alınması.			
2.Ailelerin, hizmet verenler tarafından hastalarından ayrı görüşmeye alınması.			
3.Hizmet verenler tarafından aileye hastalık, hastalık belirtileri, tedavi, hastanın ilacını reddetme durumlarında ve zor durumlarla baş etme konularında bilgi verilmesi.			
4. Hizmet verenler tarafından aileye grup eğitimi yapılması.			
5.Hastalarla yapılan grup eğitimlerine ailelerin katılması.			
6. Hizmet verenler tarafından hastanın kendi bakımını sürdürmesi hakkında aileye bilgi verilmesi.			
7.Hizmet verenler tarafından hastanın evlilik ve iş gibi yaşam alanlarını planlaması hakkında aileye bilgi verilmesi.			
8.Ailelerin, hizmet verenler tarafından hasta ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara (iş başvurusu, maddi yardım hizmetleri için sosyal hizmetlere başvurma vb.) yönlendirilmesi.			
9.Ailelerin, hizmet verenler tarafından kendileri ile ilgili yararlanabilecekleri kaynaklara (sosyal hizmetler, ilgili dernekler vb.) yönlendirilmesi.			
10. Hizmet verenler tarafından ailelerin yasal konular hakkında (rapor alma, öğrenci kaydının dondurulması, malulen emeklilik vb.) bilgilendirilmesi.			
11. Hizmet verenler tarafından aileye intihar girişimi, saldırgan davranış gibi durumlarda başvurmaları gereken yerler hakkında (acil servis, polis/ karakol gibi) bilgi verilmesi.			

EK-3 ETİK KURUL İZİNİ

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2010/12-48	Tarih:22.09.2010				
	Yrd.Doç.Dr.Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın proje yöneticisi olduğu Yük.Lisans Öğr.Hatice AŞIK sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerinin Kullandıkları Psikiyatrik Hizmetlerin Belirlenmesi Kodu:DEU.HSI.MSc-2008970110" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	DEU Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Ayşegül YILDIZ (Başkan)	Psikiyatri	DEU Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Ecz.İskender İNCE (Başkan yardımcısı)	Eczacı	Ege Üniversitesi ARGEFAR	Erkek	E ☐	H ☒	Katılıncı
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D. Z.Candan ALGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	İznilidir
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılıncı
Prof.Dr.Nuray DUMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılıncı
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Hülya ELLİDOKUZ	Halk Sağlığı	DEU Onkoloji Enstitüsü Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Toplantıda
Doç Dr.Yeşim ÖZTÜRK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Toplantıda
Av. Tayfun OZANKAYA	Hukuk	Serbest	Erkek	E ☐	H ☒	Katılıncı
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2011/18-24	Tarih:02.06.2011
	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Komisyonu'nun 22.09.2010 tarih 2010/12-48 sayı ile onayladığı Yrd.Doç.Dr.Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın sorumlusu Yük.Lisans Öğr.Hatice AŞIK'ın yürüttüğü olduğu "Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerinin Kullandıkları Psikiyatrik Hizmetlerin Belirlenmesi Kodu:DEU.HSL.MSc-2008970110" isimli klinik araştırmaya ait araştırıcı tarafından gönderilen dilekçede çalışma adının "Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikiyatri Hizmetlerinin İncelenmesi" olarak değiştirilmesi uygun bulunmuştur.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurullar Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Yüksek Hemşire	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Osman AÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mehtap MALKOÇ	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire, Halk Sağlığında doktora	DEU Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ömer Selahattin TOPALAK	İç Hastalıkları (Gastroenteroloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Servet AKAR	İç Hastalıkları (Romatoloji)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.PhD.Meltem Kutlu GÜRSEL	Hukuk	D.E.Ü Hukuk Fakültesi İdare Hukuku Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

EK-4 KURUM İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI :SG.B104İSM.4344743/ 1339
KONU :Araştırma İzni hk

08/04/2010

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Dokuz Eylöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisi **Hatice AŞIK**'ın "**Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikiyatri Hizmetlerinin ve Ailelerin Hizmetleri Kullanımlarının Belirlenmesi**" konulu çalışmasını Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, protokol örneği ektedir. Çalışmanın uygulanması sırasında protokol dışına çıkılmaması için gerekli özenin gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. İbrahim TOPCU
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK: Protokol Örneği

Gereği için:
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH

Bilgi için:
Dokuz Eylöl Üniversitesi

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarih: 21.04.2010
Kayıt No :
Dosya No : 1339

İstanbul Sağlık Müdürlüğü-Strateji Geliştirme Birimi
Tel: 212 453 08 74 / 212 453 39 24 Faks: 212 453 39 89
E-posta: istanbul.strateji@gmail.com / strateji.gelistirme@sm34.gov.tr

21.04
2010



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : B.10.4.İSM.04.34.59/29./

Konu : Tez izni

Giden Evrak Tarihi : 10/03/2010
Numarası :
Gittiği Yer : ÜNİVERSİTELER DOKUZ EYLÜL ÜNİV.
ENSTİTESİ
Konusu : TEZ İZİNİ
Kağıt Tarihi : 10/03/2010 Sayı No : 2047

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi: 18.02.2010 tarih ve 541 sayılı yazınız;

İlgi yazıda enstitünüz psikiyatri hastalıkları hemşireliği Anabilim Dalı Psikiyatri Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Hatice AŞIK'ın "Kronik Ruhsal Hastalığı olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikiyatri Hizmetlerinin ve Ailelerin Hizmetleri Kullanımlarının Belirlenmesi" isimli tez konusunun uygulama yapmak üzere izin verilmesi istenmiştir. Tez çalışmasının uygun bulunduğu dair EPKK karar örneği ektedir.

Bilgilerinize sunulur.

Doc. Dr. Mustafa BİLİCİ
Baştabip

Ek-1 : EPKK kararı

İstanbul Erenköy ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimlik: 0216 356 05 03
Santral: 0216 360 91 63 Faks: 0216 356 04 96
www.erenkovruhsinir.gov.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi: 12/03/2010
Kayıt No: 998
Dosya No:

EK-5

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı **“kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine verilen psikiyatri hizmetlerinin incelenmesi”**dir.

Bu araştırmanın amacı, **‘kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerine verilen psikiyatri hizmetlerinin incelenmesi’** dir. Bu çalışmada anket formu kullanılacaktır. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre 15-20 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı.....kişidir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizin sorumluluğunuz doğru bilgi vermedir. Bu araştırma sizin için risk taşımaz ve herhangi bir rahatsızlık yaratması söz konusu değildir. Araştırmanın sizin için beklenen yararları sağlık çalışanlarına bilgi sağlamadır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, için **05065854979 no.lu telefondan Hatice AŞIK’ a** başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı : Hatice Aşık

Görevi : Yüksek Lisans Öğrencisi

Adresi : Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi - İstanbul

Tel.-Faks : 0506 585 49 79

Tarih ve İmza:

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK-6**ÖZGEÇMİŞ**

T.C. Kimlik No	34765000128
Doğum Yılı	1985
Yazışma Adresi	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı İstanbul- Türkiye
Telefon	05065854979
E-posta	hatcekrtas@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğretim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	2008

MESLEKTE DENEYİMLERİ

Kurum/ Kuruluş	Ülke	Şehir	Görev Türü	Görev Dönemi
Dokuz Eylül Üniversitesi	Türkiye	İzmir	Hemşire	Şubat- Aralık 2009
Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Türkiye	İstanbul	Hemşire	Ocak- Temmuz 2010
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	Türkiye	İstanbul	Hemşire	Ağustos 2010-

