

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HAFSA SULTAN HASTANESİ
PSİKIYATRI
ANABİLİM DALI

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İHTİYAÇ ANALİZİ

UZMANLIK TEZİ

Dr.Burak UYKUR

MANİSA-2013

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HAFSA SULTAN HASTANESİ
PSİKİYATRİ
ANABİLİM DALI

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA İHTİYAÇ ANALİZİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Burak UYKUR

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

PROF. DR. AYŞEN ESEN DANACI

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocalarım Sayın Prof. Dr. Erol Özmen'e, Sayın Prof. Dr. Ömer Aydemir'e, Sayın Prof. Dr. Ayşen Esen Danacı'ya Sayın Prof. Dr. Mehmet Murat Demet'e, Sayın Doc. Dr. Emin Oryal Taşkın'a, Sayın Doç. Dr. Artuner Deveci'ye, Sayın Doç. Dr. Erol Ozan'a,

Rehberliği ile her zaman yolumu aydınlatan Sayın Prof. Dr. Ayşen Esen Danacı'ya tezimin her aşamasındaki yardım ve katkıları için,

Asistanlığım süresince dostluk içinde çalıştığımız tüm asistan arkadaşlarıma,

Birlikte çalışmaktan memnuniyet duyduğum, psikologlarımız Nilüfer Karaca ve Pınar Başpınar Can'a, sorumlu hemşiremiz Gülden Acaroğlu başta olmak üzere tüm hemşirelerimize, sekreterlerimiz Gülseren Kömürcü ve Serkan Demir'e, Saime Altun ve Ahmet Atabey başta olmak üzere tüm personelimize,

Hayatım boyunca bana her türlü olanağı sağlayan, bugüne gelmemde çok büyük emeği olan fedakar anne ve babama, yoğun çalışmalarım sırasında sabır ve desteğini her zaman yanında hissettiğim değerli eşim Güler Uykur'a, her zaman moral kaynağım olan kardeşim Sevim Uykur Gebizli'ye

Sonsuz sevgi ve teşekkürlerimi sunuyorum...

Dr. Burak UYKUR

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ

İÇİNDEKİLER	I
EKLER	II
TABLolar	III
ŞEKİLLER	VIII
KISALTMALAR	IX
BÖLÜM 1.1. ÖZET	1
BÖLÜM 1.2. ABSTRACT	3
BÖLÜM 2. GİRİŞ VE AMAÇ	5
BÖLÜM 3. GENEL BİLGİLER	7
3.1. ŞİZOFRENİ	7
3.1.1. Şizofreni Tarihçesi	7
3.1.2. Şizofreni Etiyolojisi.....	8
3.1.3. Şizofreni Tanısı	11
3.1.4. Şizofreni Epidemiyolojisi.....	13
3.1.5. Şizofreni Belirtileri, Altıpları ve Prognozu	13
3.1.6. Beyin Görüntüleme Bulguları.....	15
3.1.7. Şizofreninin Prognozu	15
3.2. Şizofreni ve Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	16
3.3. Şizofreni ve İhtiyaç Analizi.....	19
3.4. Şizofreni ve Yaşam kalitesi.....	23
3.5. Aile Yüğü Kavramı	26
3.6. Şizofreni ve İşlevsellik	29
3.7. Şizofreni ve Bilişsel İşlevler	30
BÖLÜM 4. GEREÇ VE YÖNTEM	32
BÖLÜM 5. BULGULAR	39
BÖLÜM 6. TARTIŞMA	147
BÖLÜM 7. SONUÇ VE ÖNERİLER	164
BÖLÜM 8. KAYNAKLAR	166
BÖLÜM 9. EKLER	176

EKLER

EK-1: Sosyodemografik Veri Formu

EK-2: Pozitif ve Negatif sendrom ölçeği (PANSS)

EK- 3: Algılanan Aile Yüğü Ölçeği (AAYÖ)

EK-4: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

EK-5: Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞYNÖ)

EK-6: Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

EK-7: Camberwell İhtiyaç Analiz Ölçeği

EK-8: Hasta bilgilendirilmiş gönüllü olur formu örneği

TABLÖLAR

Tablo 1: Hastalara ait Sayısal değişkenler

Tablo 2: Hastalara ait binominal Tanımlayıcı değişkenler

Tablo 3: Hastalara ait tanımlayıcı değişkenler

Tablo 4: Hastalara ait tanımlayıcı ve sıralayıcı değişkenler

Tablo 5: Hastaların meslek dağılımı

Tablo 6: Bakımverene ait tanımlayıcı özellikler

Tablo 7: Hastaların Bireysel Sosyal Performans Ölçeği puanları.

Tablo 8: Hastaların klinik belirti ölçekleri, Hastaların Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği Puanları, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları.

Tablo 9: Bakımverenlerin Algılanan Aile Yüğü Ölçeği puanları

Tablo 10: Şizofreni hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği puanları.

Tablo 11: Hastaların ve bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç, karşılanmış ihtiyaç ve karşılanmamış (eksik) ihtiyaç değerleri

Tablo 12: Her bir ihtiyaç alanına göre, hastaların belirlediği toplam, karşılanmış ve karşılanmamış ihtiyaçların dağılımı

Tablo 13: Hastaların ihtiyaç belirlemesi durumunda, karşılanmış ve karşılanmamış ihtiyaçların yüzdesi

Tablo 14: Her bir ihtiyaç alanına göre, bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç, karşılanmış ihtiyaç ve karşılanmamış ihtiyaçların dağılımı

Tablo 15: Bakımverenlerin ihtiyaç belirlemesi durumunda, karşılanmış ve karşılanmamış ihtiyaçların yüzdesi

Tablo 16: Hastaların aldıkları yardım kaynaklarının dağılımı

Tablo 17: İhtiyaç varlığında, hastaların yardım aldığı kaynakların yüzdesi

Tablo 18: Bakımverenlere göre, hastaların aldıkları yardım kaynaklarını dağılımı

Tablo 19: Bakımverene göre, İhtiyaç varlığında, hastaların yardım aldığı kaynakların yüzdesi

Tablo 20: Her bir ihtiyaç alanına göre hastaların aldıkları yardımla ilgili memnuniyetleri

Tablo 21: İhtiyaç varlığında, hastaların aldıkları yardımla ilgili memnuniyetlerinin yüzdesi.

Tablo 22: Her bir ihtiyaç alanına göre, bakımverenlerin yardımların doğruluğu ile ilgili düşünceleri

Tablo 23: İhtiyaç varlığında, bakımverenlerin yardımların doğruluğu ile ilgili düşünceleri

Tablo 24: Pozitif Negatif Sendrom Skalası (PANSS) ölçeği ile ihtiyaçlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 25: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları ile ihtiyaçlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 26: Bireysel Sosyal Performans Ölçeği (PSP)-puanları ile ihtiyaçlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

Tablo 27: Algılanan Aile Yüğü puanları ile ihtiyaçlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 28: Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞYNÖ) ile hastanın ihtiyaçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Tablo 29: Sayısal sosyo-demografik değişkenler ile ihtiyaçların ilişkisi.

Tablo 30: Hastaların medeni durumuna göre, hasta ve bakımverenlerin belirledikleri toplam ihtiyaç sayısı

Tablo 31: Hastanın medeni durumunun, toplam ihtiyaçlar açısından tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması

Tablo 32: Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı açısından, hastanın medeni durumuna göre, posthoc tukey, tukey b testleri ile çoklu karşılaştırmalar

Tablo 33: Hastaların medeni durumuna göre, hasta ve bakımverenlerin belirledikleri karşılanmamış ihtiyaç sayısı

Tablo 34: Hastaların medeni durumunun, hasta ve bakımverenlerin belirledikleri karşılanmamış ihtiyaç sayısı açısından Kruskal Wallis ile karşılaştırılması

Tablo 35: Hastaların yaşam alanına göre oluşturulan grupların, toplam ihtiyaç sayıları.

Tablo 36: Hastanın yaşam alanına (birlikte yaşadığı kişiler-bakımvereni-) göre oluşturulan grupların, toplam ihtiyaç sayısı açısından, tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması.

Tablo 37: Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı açısından (Hastanın yaşam alanına göre) posthoc tukey, tukey b testleri ile çoklu karşılaştırmalar.

Tablo 38: Hastaların yaşam alanına göre oluşturulan grupların, karşılanmamış ihtiyaç sayıları.

Tablo 39: Yaşam alanına göre ayrıştırılan grupların, karşılanmamış ihtiyaç sayılarının Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılması.

Tablo 40: Hastaların cinsiyetine göre, toplam ihtiyaç sayıları.

Tablo 41: Hastaların cinsiyetine göre iki grup oluşturulduğu zaman, toplam ihtiyaç sayıları açısından bağımsız gruplar için t testi ile değerlendirilmesi.

Tablo 42: Hastaların cinsiyetine göre iki grup oluşturulduğu zaman, karşılanmamış ihtiyaç sayıları.

Tablo 43: Hastaların cinsiyetine göre iki grup oluşturulduğu zaman, karşılanmamış ihtiyaç sayıları açısından, Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi.

Tablo 44: Hastaların eğitim durumuna göre, toplam ihtiyaç sayıları.

Tablo 45: Hastalar eğitim durumlarına göre(İlkokul ve altı, ortaokul, lise ve üzeri şeklinde 3 kategoriye ayrılınca), gruplandırıldığında, toplam ihtiyaç sayılarının tek yönlü ANOVA ile değerlendirilmesi.

Tablo 46: Eğitim düzeyine göre, bakımverenlerin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısında, çoklu karşılaştırmalar.

Tablo 47: Hastaların eğitim durumuna göre, karşılanmamış ihtiyaç sayıları

Tablo 48: Hastanın eğitim durumu, (ilkokul ve altı, ortaokul, lise ve üzeri şeklinde 3 kategoriye ayrılınca), karşılanmamış ihtiyaçların Kruskal Wallis ile değerlendirilmesi.

Tablo 49: Bakımverenin eğitim düzeyine göre, toplam ihtiyaç sayıları

Tablo 50: Bakımverenin eğitim durumu, (ilkokul ve altı, ortaokul, lise ve üzeri şeklinde 3 kategoriye ayrılınca), toplam ihtiyaçların tek yönlü ANOVA ile değerlendirilmesi.

Tablo 51: Bakımverenin eğitim düzeyine göre, karşılanmamış ihtiyaç sayıları

Tablo 52: Bakımverenin eğitim durumu, (ilkokul ve altı, ortaokul, lise ve üzeri şeklinde 3 kategoriye ayrılınca), karşılanmamış ihtiyaçların Kruskal Wallis ile değerlendirilmesi.

Tablo 53: Bakımverenin Eğitim düzeyine göre, bakımverenlerin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısında İkili Mann-Whitney U testleri karşılaştırmaları

Tablo 54: Bakımverenin Eğitim düzeyine göre, bakımverenlerin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısında İkili Mann-Whitney U testleri karşılaştırmaları

Tablo 55: Hastaların izlendiği hastane tipine göre toplam ihtiyaç sayıları

Tablo 56: Hastaların izlendiği hastane tipine göre oluşturulan grupların, toplam ihtiyaç sayısı açısından tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması

Tablo 57: Hastaların izlendiği hastane tipine göre, hasta ve bakımverenlerin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısında, çoklu karşılaştırmalar

Tablo 58: Hastaların izlendiği hastane tipine göre karşılanmamış ihtiyaç sayıları

Tablo 59: Hastaların izlendiği hastane tipine göre oluşturulan grupların karşılanmamış ihtiyaç sayılarının Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılması

Tablo 60: Hastaların izlendiği hastane tipine göre oluşturulan grupların, bakımverenlerin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayılarının, İkili Mann-Whitney U testleri karşılaştırmaları

Tablo 61: Uygulanan ölçeklerin birbirleriyle ilişkisi.

Tablo 62: Hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı için Regresyon modeli

Tablo 63: Hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı için oluşturulan Regresyon modelindeki, değişkenlerin bağıntı katsayıları (B), Standartize edilmiş Beta katsayıları

Tablo 64: Bakımverenin belirlediği, toplam ihtiyaç sayısı için Regresyon modeli

Tablo 65: Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı için oluşturulan Regresyon modelindeki, değişkenlerin bağıntı katsayıları

Tablo 66: Hastanın belirlediği karşılanmamış ihtiyaçlar için, regresyon modeli

Tablo 67: Hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı için oluşturulan Regresyon modelindeki, değişkenlerin bağıntı katsayıları

Tablo 68: Bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaçlar için regresyon modeli

Tablo 69: Bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı için oluşturulan Regresyon modelindeki, bağımsız değişkenlerin bağıntı katsayıları

Tablo 70: Hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısı ile bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısının, bağımlı iki grup ortalamaları t testi ile karşılaştırılması.

Tablo 71: Hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısı ile bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısının Wilcoxon testi ile karşılaştırılması.

Tablo 72: Hasta ve bakımverenlerin ihtiyaçları belirlemede gösterdikleri uyumun, her bir ihtiyaç alanı için. Mc Nemar ve Cohen'in kappa testleri ayrı ayrı değerlendirilmesi.

Tablo 73: Hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı ile bakımverenlerin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısının bağımlı iki grup ortalaması t testi ile karşılaştırılması.

Tablo 74: Hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı ile bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısının Wilcoxon işaret testi ile karşılaştırılması.

Tablo 75: Hasta ve bakımverenlerin karşılanmamış ihtiyaçları belirlemede gösterdikleri uyumun, her bir ihtiyaç alanı için. Mc Nemar ve Cohen'in kappa testleri ile ayrı ayrı değerlendirilmesi.

Tablo 76: Her bir ihtiyaç alanında, ihtiyaç olup-olmamasının hastaların izlendiği hastane tipi ile ilişkisi.

Tablo 77: Her bir ihtiyaç alanında, ihtiyaç olup-olmamasının hastaların yaşam alanı ile ilişkisi.

Tablo 78: Her bir ihtiyaç alanında, ihtiyaç olup-olmamasının hastaların cinsiyeti ile ilişkisi.

Tablo 79: Her bir ihtiyaç alanında, ihtiyaç olup-olmamasının hastaların medeni durumu ile ilişkisi.

Tablo 80: Her bir ihtiyaç alanında, ihtiyaç olup-olmamasının hastaların eğitim durumu ile ilişkisi.

Tablo 81: Her bir ihtiyaç alanında, ihtiyaç olup-olmamasının klinik ölçeklerle ilişkisi.

Tablo 82: Her bir ihtiyaç alanı için, ihtiyaç olup-olmaması ile sosyodemografik ve klinik değişkenler arasındaki ilişkinin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi.

ŞEKİLLER

Şekil 1: Hastanın belirlediği toplam ihtiyaçlar regresyon modelinde, öngörülen (beklenen) değerler- gözlenen değerler doğrusu

Şekil 2: Hastanın belirlediği toplam ihtiyaçlar regresyon modelinde Standartize edilmiş rezidüel değerler ve standardize edilmiş öngörülen değerlerin dağılımı

Şekil 3: Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaçlar regresyon modelinde, öngörülen (beklenen) değerler- gözlenen değerler doğrusu

Şekil 4: Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaçlar regresyon modelinde, modelinde Standartize edilmiş rezidüel değerler ve standardize edilmiş öngörülen değerlerin dağılımı

Şekil 5: Hastanın belirlediği eksik ihtiyaçlar regresyon modelinde, öngörülen (beklenen) değerler- gözlenen değerler doğrusu

Şekil 6: Hastanın belirlediği eksik ihtiyaçlar regresyon modelinde Standartize edilmiş rezidüel değerler ve standardize edilmiş öngörülen değerlerin dağılımı

Şekil 7: Bakımverenin belirlediği eksik ihtiyaçlar regresyon modelinde, öngörülen (beklenen) değerler- gözlenen değerler doğrusu

Şekil 8: Bakımverenin belirlediği eksik ihtiyaçlar regresyon modelinde Standartize edilmiş rezidüel değerler ve standardize edilmiş öngörülen değerlerin dağılımı

KISALTMALAR

- 1-**CBÜTF**: Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
- 2- **PANSS**: Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (PNBÖ)
- 3- **PSP**: Bireysel Sosyal Performans Ölçeği (BSPÖ)
- 4- **ŞYNÖ**: Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği
- 5- **AAÖ**: Algılanan Aile Yüğü Ölçeği
- 6- **CŞDÖ**: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği
- 7- **CAN**: Camberwell İhtiyaç Analizi (Değerlendirme) Ölçeği
- 8- **Hasta-Top.İht.**: Hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı
- 9- **Bakım-Top.İht.**: Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı
- 10- **Hasta-Eks.İht.**: Hastanın belirlediği eksik (karşılanmamış) ihtiyaç sayısı
- 11- **Bakım-Eks.İht.**: Bakımverenin belirlediği eksik (karşılanmamış) ihtiyaç sayısı
- 12-**Orta.**: Ortalama
- 13- **Top.**: Toplam
- 14- **Std.**: Standart
- 15- **MRSHH**: Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
- 16- **TRSM**: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
- 17- **DSÖ**: Dünya Sağlık Örgütü

BÖLÜM 1.1 ÖZET

Amaç

Hastaların kurum dışına çıkarılma süreci, şizofrenide hasta ihtiyaçlarının değerlendirilmesini oldukça önemli bir hale getirmiştir. Gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada birincil amacımız; Şizofreni hastalarının ihtiyaçlarını tanımlamak, bu ihtiyaçların hasta ve bakımverenler tarafından değerlendirilirken ne gibi farklılıklar gösterdiklerini belirlemektir. Bu ihtiyaçların ne kadarının karşılanıp ne kadarının karşılanmadığını değerlendirip, aile ve yerel yönetimlerin bu alandaki rolünü aydınlatmaktır. İkincil amacımız; bu ihtiyaçlar ile sosyo-demografik veriler ve klinik belirtiler arasında bağlantılar kurarak, ihtiyaçların kestirimini, öngörüsünü yapabilmektir.

Materyal Method

Çalışmamız DSM-IV- TR' ye göre şizofreni tanısı olan, düzelme sürecindeki hastaları içeriyordu. Çalışmamız, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi psiko-polikliniği, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi psikiyatri polikliniği ve Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden, 94 hasta ve birincil bakıcı konumundaki 94 hasta yakınıyla yürütüldü.

Hasta yakınlarına Algılanan Aile Yüğü Ölçeği (AAYÖ) uygulandı. Camberwell İhtiyaçları Değerlendirme Ölçeği hem hasta hem de hasta yakınlarına uygulandı. Ayrıca hastalara Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (PNBÖ), Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (BSPÖ), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ), Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞHYNÖ) ve Sosyodemografik veri formu uygulandı.

Toplam ve karşılanmamış ihtiyaç sayıları ile sosyodemografik ve klinik değişkenler arasındaki ilişki için aşamalı doğrusal regresyon analizi; her bir ihtiyaç alanı ile, sosyodemografik ve klinik değişkenler arasındaki ilişki için lojistik regresyon analizi uygulandı.

Bulgular

Hasta ve bakımverenlerin belirlediği ihtiyaç sayısı benzerlik göstermekteydi. Hastaların belirlediği ortalama ihtiyaç sayısı $6,22 \pm 2,38$, bakımverenlerin ise $6,29 \pm 2,32$ 'di. Bu farklılık, istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p > 0,05$). Bununla birlikte hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı, $2,02 \pm 1,86$; bakımverenlerin ise $1,63 \pm 1,89$ 'du. Bu farklılık, istatistiksel açıdan anlamlıydı. ($p < 0,0001$).

Çalışmamızda hastaların en sık belirlediği ihtiyaç alanları "Psikotik belirtiler, ev işleri ile ilgili beceriler, ilişkiler, günlük aktivite-uğraşı-iş, psikolojik sorunlar" olarak belirlendi. En sık belirlenen ihtiyaç alanları açısından bakımverenlerle hastaların görüşleri benzerlik göstermekteydi. Sosyal ve kişilerarası ilişkilerle ilgili ihtiyaç alanları, karşılanmayan ihtiyaçların en yoğun olduğu alanlardı. İhtiyaç alanlarının büyük bir kısmında, hastalar resmi kurumlardan daha fazla yardım almaktaydı. Sosyal ilişkilerle ilgili alanlarda ise ailelerin de ciddi bir desteği söz konusuydu.

Regresyon analizinde yaşam alanı ve cinsiyet kontrol değişkenleri ile, Calgary depresyon, PANSS-pozitif belirtiler, Aile yükü ölçekleri hastaların algıladığı ihtiyaçları belirleme de varyansın %45'ini öngörebildi. Hastaların belirlediği karşılanmayan ihtiyaçlarıysa Aile Yükü ve PANSS-genel psikopatoloji ölçekleri öngörebildi. Karşılanmayan ihtiyaçlarda varyansın %23'ü açıklanabildi.

Sonuç

Ruh Sağlığı Hizmetleri, bazı alanlarda ihtiyaçları karşılamakta başarılı, bazı alanlarda ise başarısız görünmekteydi. Aileler ve Ruh Sağlığı hizmetleri arasındaki işbirliği güçlendirilerek, hastaların ihtiyaç durumu doğru bir şekilde analiz edilebilirse, hastaların karşılanmayan ihtiyaçları da en aza inecektir. Hastaların ihtiyaç durumunun belirlenmesi hem klinik değerlendirmenin önemli bir tamamlayıcısı olmakta hem de toplum ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Şizofreni, ihtiyaç analizi, toplum ruh sağlığı hizmetleri, bakımveren yükü, yordayıcı

BÖLÜM 1.2. ABSTRACT

Background

Deinstitutionalization of people with schizophrenia increases the importance of evaluating their needs. This study set out to identify the most common needs of people with schizophrenia analyze how those needs differ when evaluated by staff or by patients, describe the kind of help patients receive from relatives and community mental health services, and find out the sociodemographic and clinical variables that correlate with having needs and unmet needs.

Material Methods

The present study included 94 patients diagnosed with schizophrenia according to DSM-IV-TR criteria and 94 of their primary caregivers. Those patients in remission were followed-up at the psychiatric outpatient clinics of Celal Bayar University Medical School, and Manisa Mental Health and Disorders Hospital, and Manisa Community Mental Health Center.

Both patients and primary caregivers were evaluated with the Camberwell Assessment of Need (questionnaire was used to obtain and report quantitative information on needs) Additionally patients were evaluated with Socio-demographical Data Form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Calgary Depression Rating Scale (CDRS), Personal and Social Performance Scale (PSP), Quality of Life Scale for - schizophrenic patients. (QLS). Also primary caregivers were evaluated by Perceived Family Burden Scale (PFBS).

Stepwise Multipl Linear Regression analysis was used to identify correlations between needs with sociodemographic and clinical variables.

Results

Needs that were detected by patients and staff were similarly. Mean number of needs as rated by patients was $6,22 \pm 2,38$ and staff $6.29 \pm 2,32$ ($p > 0.05$). However, Mean number of unmet needs was greater when assessed by patients than by staff: $2,04 \pm 1,86$ versus $1.63 \pm 1,89$ ($p < 0.001$). This difference was statistically significant.

The most frequently detected needs by patients involved psychotic symptoms, house upkeep, intimate relations, psychological stressors. This situation is similarly for caregivers. The need areas concerning social and interpersonal functioning demonstrated the highest proportion of unmet to total needs. In a majority of need areas the patients received more help from services than from relatives, but in the areas of social relations the informal network provided substantial help.

In a stepwise linear regression model "Living Area, gender" as a control variable, "Calgary depression scale, family burden scale and PANSS positive symptoms" as a predictor variable were significant predictors of the need status, explaining 45% of the variance in total needs perceived by patient. "Family burden scale and PANSS general psychopathology were the only predictors that was explaining 23% of the variance in unmet needs perceived by patients.

Conclusions

It is concluded that the mental health system fails to detect and alleviate needs in several areas of major importance to schizophrenic patients. Enhanced collaboration between the care system and the informal network to systematically analyze the need profile of the patients seems necessary to minimise the unmet needs. Need assessment is complementary to clinical evaluation in schizophrenia also planning community mental health services.

Key words: Schizophrenia, needs assessment, community mental health care, burden of care, prediction

BÖLÜM 2. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, tanımı, sınırları, klinik belirtileri, gidişi ve sonlanışı bakımından çeşitlilik gösteren, her toplumda ve her türlü sosyoekonomik ortamda görülebilen ciddi bir ruhsal bozukluktur. Bu hastalığın toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağırdır (1).

Psikiyatride reform sayılabilecek, hastaların kurum dışına çıkarılması sürecinden önce, hastaların ihtiyaçları kalmakta oldukları kurumlar tarafından karşılanmaktaydı. Hastaların topluma katılımı ve sosyal yaşama dönüşlerine olanak tanıyan kurum dışına çıkarılma süreci ile hastalar büyük ölçüde aileleriyle birlikte yaşamaya başlamışlardır (2). Hastaların aileleri ve arkadaşları, yerel yönetimler, hastaların bakımına yardımcı olmakta, ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmaktadır. Bu ihtiyaçların neler olduğu ve ne ölçüde karşılandığıyla ilgili bilgilere ihtiyaç vardır. Bu değerlendirmeyi yapabilmek için ihtiyaç ölçekleri geliştirilmiştir. Camberwell İhtiyaçları Değerlendirme Ölçeği, bu amaçla en sık kullanılan ölçektir. İhtiyaçlarla ilgili hem hastanın hem de bakım verenin görüşlerini yansıtmaktadır (2).

Çalışmaların çoğunda hastalar, sağlık ekibinden daha fazla sayıda ihtiyaç tespit etmekle beraber, bazı çalışmalarda da sağlık ekipleri hastalardan daha fazla sayıda ihtiyaç tespit etmiştir. Çalışmalarda en sık olarak bulunan ihtiyaç alanı "Psikotik belirtiler"dir. Psikotik belirtiler dışında, "Ev işleri ile ilgili beceriler, ilişkiler, günlük aktivite-uğraşı-iş, psikolojik sorunlar" diğer en sık bulunan ihtiyaç alanlarını oluşturmaktadır (2, 3).

Çalışmalarda belirlenen ihtiyaç sayısı değerlendirildiğinde, İngiltere, Kuzey Avrupa ülkeleri, Katalonya çalışmalarında belirlenen ortalama ihtiyaç sayısı yaklaşık olarak 6 bulunmuştur. İtalya Santander çalışmalarında ise daha düşük ihtiyaç sayıları belirlenmiş, ihtiyaç sayıları yaklaşık olarak 5 bulunmuştur (2, 3). Farklı çalışmalarda farklı tip ve sayıda ihtiyaçlar belirlenmiştir.

Ülkemizde, Hıfzıssıhha Mektebi ve Başkent Üniversitesi'nin yaptığı "Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması-Sağlıklı olarak geçirilen bir yılın kaybı" verilerine göre hem erkeklerde hem kadınlarda hem de toplamda ilk on hastalık arasında yer alan Şizofreni için tamamlanmış bir ihtiyaç analizi çalışması bulunmamaktadır.

Toplum ruh sağlığı modelinin ülkemizde uygulanması ve yaygınlaştırılmasının planlandığı şu günlerde, ruh sağlığı modeli içerisindeki hizmetlerin alt başlıklarının öncelikleri konusunda çok önem arz eden ülkemizdeki şizofreni hastalarının gereksinimlerini yansıtabilen bir ihtiyaç analizi çalışmasına gereksinim vardır.

Gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada birincil amacımız; şizofreni hastalarının ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçların hasta ve bakımverenler tarafından değerlendirilirken ne gibi farklılıklar gösterdiklerini tanımlamak, bu ihtiyaçların ne kadarının karşılanıp ne kadarının karşılanmadığını belirleyip, aile ve yerel yönetimlerin bu alandaki rolünü aydınlatmaktır.

İkincil amacımız bu ihtiyaçlar ile sosyodemografik veriler ve klinik belirtiler arasındabağlantı kurarak, ihtiyaçların kestirimini yapabilmektir. Böylelikle, toplum ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasına katkı sağlamaktır.

BÖLÜM 3. GENEL BİLGİLER

3.1. ŞİZOFRENİ

3.1.1. Şizofreni Tarihçesi

Günümüzde Şizofreninin klinik tablosu içinde yer alan pekçok belirti ve bulgunun çok eski tarihlerde de - M.Ö 1400 yıllarından kalma Hint Veda yazılı metinleri- tanındığına ilişkin birçok yazılı belge vardır. Eski çağlara ait Çince yapıtlarda, Tevrat ve Talmut'ta eski Yunan mitoloji metinlerinde de şizofrenide rastladığımız davranışlara değinildiği saptanmıştır. Anadolu'da Asklepion'da tedavi gören hastalar dışında, ne eski Yunan'da ne de Roma'da ruhsal hastalıkların tedavisinde bir toplumsal sorumluluk gözetilmemiştir. Ağır ruhsal hastalığı olan bireyler ailelerince evlerde kapalı tutulmuş, "delilik" hekimler tarafından değil yasalar tarafından ele alınan bir sorun olmuştur (4).

Kraepelin, 1899 yılında, o güne dek farklı adlar altında ayrı ayrı ele alınmış sendromların, erken yaşta başlangıç ve sonlanışta bilimsel ve duygusal alanlarda tam bir yıkım olması gibi iki esas ve ortak özelliğe sahip olmalarını göz önünde tutarak, gerçekte tek bir hastalıkla karşı karşıya bulunulduğunu, klinik özellikler bakımından topluca "demans praecox" başlığı altında birleştirilmeleri gerektiğini düşünmüştür. Bu klinik tabloda temel özellikler; varsanılar, sanrılar, düşüncenin yapısında bozulma, enkoherans, afektif küntlük, negativizm, stereotipiler ve içgörü kaybıdır. Kraepelin geniş onay gören kapsamlı bir şizofreni tanımlaması yapan ilk ruh hekimidir (4).

Kraepelin'in başlangıçtaki formulasyonu, 1911 yılında Bleuler tarafından tamamlanmıştır. Bleuler "demans praecox" teriminin "Şizofreni grubu hastalıklar" terimiyle değiştirilmesini istemiştir. Daha çok belirti ve bulgular üzerinde yoğunlaşmıştır. Bleuler için en önemli ve temel belirti, düşüncenin yapılanması ve belirtilmesindeki parçalanma olmuştur. Bunu çağrışımların bozulması olarak yorumlamıştır. Ambivalans, otizm, affektif küntleşmeyi asosiasyon bozukluğuna eşlik eden diğer temel belirtiler olarak tanımlamıştır (5).

3.1.2. Şizofreni Etiyolojisi

Genetik Etkenler

Şizofreni etiyolojisinde genetik faktörlerin önemli rol oynadığı bilinmektedir. Şizofreni hastalarının birinci derecede akrabalarında hastalık gelişme olasılığının genel popülasyona oranla yaklaşık 10 kat kadar fazla olduğu belirtilmektedir. Toplumda %1 olan şizofreni prevalansı, ebeveynlerinden birinde şizofreni hastalığı olan çocuklarda %12, her iki ebeveyni şizofreni olan çocuklarda %40, ikiz olmayan kardeşlerde %8, dizigot ikizlerde %12, monozigot ikizlerde %47 olarak bildirilmiştir (6).

Evlat edinme çalışmalarında şizofrenili anne-babaların çocukları, sağlıklı anne-baba yanına evlatlık olarak verildiklerinde şizofreni geliştirme oranlarının genel popülasyondakinden daha yüksek bulunduğu bildirilmektedir (7).

Şizofreni ile ilişkili olan çok sayıda gen bildirilmiştir. Yeni genom tarama projelerinin uygulamaya konulmasıyla birlikte 1q, 2q, 5q, 6p, 10p, 13q, 15q, 18q, 22q, kromozomlarında şizofreni aday bölgelerinin bulunduğu dair kanıtlar elde edilmiştir (8).

Çevresel Etkenler

Şizofreni vakalarının %5-15 arası bir kısmının kış sonu veya baharın ilk günlerinde doğduğu görülmüştür. Doğum yerinin göz önüne alındığı birçok araştırmada şehirde doğanların kırsal kesimde doğanlarla karşılaştırıldığında daha yüksek bir şizofreni riski altında oldukları gösterilmiştir (9).

Obstetrik Komplikasyonlar:

Geriye dönük olarak yapılan toplum çalışmaları, şizofreni ile özellikle üç grup komplikasyon arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir:

1. Gebelik komplikasyonları: Kanama, diyabet, Rh uyuşmazlığı, preeklampsi
2. Fetal gelişim bozuklukları: Düşük doğum ağırlığı, doğumsal malformasyonlar, baş çevresinin küçük olması
3. Doğum komplikasyonları: Rahim atonisi, asfiksi, acil sezeryan girişi

Özellikle gebelik ve doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalmasına yol açan durumların şizofreni gelişme riskini artırdığı düşünülmektedir (10).

En çok kabul gören patolojik mekanizma, fetal veya perinatal hipoksidir. Her ne kadar hipoksi şizofreni gelişiminde son noktayı temsil ediyormuş gibi görünse de yapılan bazı çalışmalarda incelenen obstetrik sonuçlardan sonra bu bireysel obstetrik komplikasyonların mı, hipoksinin mi ana sebep olduğu, yoksa daha önce gelişmiş ve geçirilmiş sorunların mı, bu komplikasyonlara ve hipoksiye neden olduğu netlik kazanmamıştır (11).

Özellikle etnik azınlık gruplarında, mültecilerde şizofreni riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Göç etmenin, şizofreni gelişmesindeki rolünün değerlendirildiği bir metaanalizde 1977-2003 yılları arasında bu konuda yapılmış araştırmalar taranmış ve bireyde ya da ailede göç etme öyküsü bulunmasının şizofreni için önemli bir risk etkeni olduğu ve risk düzeyinin diğer psikososyal farklılıklarla değişebildiği belirtilmiştir. Bu artmış risk, sosyal izolasyonun, azınlık olmanın yarattığı diğer sosyal stres etkilerinin biyolojik olarak yatkın kişilerde hastalığı tetiklemesiyle ilişkili olabilir (12).

Nörokimyasal Etkenler:

Dopamin: Dopaminerjik etkinlikte artış olduğu hipotezi dopamin sistemi üzerinden etki eden ilaçlarla ilgili gözlemlere dayanmaktadır. Dopamin sisteminin etkinliğini artıran amfetamin, kokain, levodopa, metilfenidat gibi maddeler şizofreniye benzer psikotik durumlara yol açabilmektedir.

Bu maddeler şizofrenili hastalara uygulandığında varsanı ve düşünce bozuklukları gibi belirtilerde artışa yol açmaktadır. Şizofrenide; subkortikal yapılarda aşırı, prefrontal kortikal yapılarda ise azalmış dopamin etkinliği olduğu bildirilmiştir. Mezolimbik dopamin projeksiyonlarındaki etkinlik artışının pozitif belirtilere, mezokortikal dopamin projeksiyonlarındaki etkinlik azalmasının da negatif belirtilere ve bilissel kayıplara yol açtığı iddia edilmistir (13).

Serotonin: Serotonerjik halüsinojenlerin; algı bozukluklarına, varsanılara, dikkatte azalmaya, duygudurumda oynamalara ve formel düşünce bozukluğuna yol açması bu nörotransmitterin şizofreni patofizyolojisindeki önemini göstermektedir.

Yeni kuşak antipsikotiklerin, serotonin reseptörleri üzerine olan etkileri bu ilgiyi artırmıştır (14).

Noradrenalin: Şizofrenili hastaların bir kısmında beyinde ve beyin omurilik sıvısında noradrenalinin arttığı ve bu yolla dopaminerjik yayılımın çoğaldığı bildirilmiştir. Fakat noradrenalin yıkım ürünü olan 3-metoksi 4-hidroksifenilglükol'e (MHPG) yönelik çalışmalar bir sonuç vermemiştir. Paranoid belirtilerin baskın olduğu hastalarda beyin omurilik sıvısı ve plazmadaki noradrenalin düzeylerinde artış olduğu bildirilmektedir (15).

Glutamat: Şizofrenide glutamatın rolünü araştıran çalışmalarda şizofrenili hastalarda kontrollere göre frontal kortikal alanlarda glutamat reseptörlerinde artış, prefrontal ve hipokampal alanlarda glutamat etkinliğinde azalma saptanmıştır.

Glutamatın rolüne dair çeşitli mekanizmalar öne sürülmüştür. Bunlar arasında; hipokampal ve kortikal nöronlarda ekzitotoksik hasar olması, nörogelişim sırasında glutamaterjik nöronlarda anormal budanma olması, dopamin ve glutamat sistemleri arasındaki etkileşim yer almaktadır (16).

Gama aminobütirik asit (GABA): Şizofrenide GABA ile ilgili bulgular kortikal GABAerjik ara nöronlarda azalma, prefrontal kortekste GABA-A reseptör yoğunluğunda artma, hipokampusta GABA gerialım bölgelerinde azalma olarak sıralanabilir (15).

Nörogelişimsel Varsayım

Nörogelişimsel varsayıma göre, şizofreninin beynin gelişimi sırasında oluşmaya başlayan bir bozukluk olduğu ileri sürülmektedir. Nöronal gelişimin erken dönemlerinde beyin maturasyonunu etkileyen bazı patolojik süreçlerin etkisiyle beyin hasarı oluşmakta, beynin normal olgunlaşma süreci bozulmakta ve nöron gelişimi olumsuz etkilenmektedir. Bu etkinin, hücre çoğalması, farklılaşması, hücre göçü, sinaptik budanma ve programlı hücre ölümü aşamalarında olabileceği belirtilmiştir. Sinir sisteminin gelişimiyle birlikte tüm bu etkiler sonucunda ortaya çıkabilecek sinyal iletimi ve nöron devrelerindeki bozulmaların, şizofreni belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açtığı düşünülmektedir (17).

Nörodejeneratif Varsayım

Şizofrenide nörodejeneratif hastalıkların bazı özelliklerinin bulunduğu iddia edilmiştir. Hastaların önemli bir kısmında, hastalık başladıktan sonra klinik olarak kötüleşme görülmektedir. Negatif belirtiler yeni hastalarda daha nadir ve hafifken, kronik hastalarda daha ön planda ve ağırdır. Aktif psikotik belirtilerin süresi ve psikotik dönem sayısı ile klinik bozulma arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Bozulmanın özellikle hastalık başladıktan sonra ilk beş yıl içinde belirgin olduğu, dolayısıyla klasik nörodejeneratif hastalıklarda olduğu gibi süregen ve lineer bir gidiş göstermediği, belli bir süre sonra dengeye ulaştığı iddia edilmiştir (19). Şizofrenide hastalığın birkaç aşamada oluştuğuna dair de görüşler mevcuttur. İlk aşamanın nörogelişimin erken dönemlerinde genetik yüklülük ve embriyonik veya perinatal olaylar sonucunda hipokampus ve planum temporalde olan bir hasar olabileceği, daha sonra olan hormonal olayların, ekzitotoksisitenin, oksijen radikal oluşumunun nörodejenerasyona yol açarak hastalığın ikinci veya üçüncü aşamalarını oluşturabileceği belirtilmiştir (20).

3.1.3. Şizofreni Tanısı

Şizofreni tanısı koymada, günümüzde en geçerli sistem DSM tanı sistemidir.

DSM-4-TR'e göre şizofreninin tanı ölçütleri:

A-Karakteristik semptomlar: Bir aylık dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesinde aşağıdakilerden ikisinin ya da daha fazlasının bulunması;

1. Hezeyanlar (sanrılar)
2. Halüsinasyon (varsanılar)
3. Dezorganize konuşma
4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
5. Negatif semptomlar (amaca yönelik etkinliklerde azalma, affektif donukluk, aloji...)

Not: Hezeyanlar _şaşılması (bizar) ise ya da halüsinasyonlar kişinin davranışı_ ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki ya da daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A tanı ölçütünden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

B- Toplumsal mesleki işlev bozukluğu: İş, kişiler arası ilişkiler yada kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır. (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişilerarası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir).

C-Süre: Bu bozukluğun süre giden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur.Bu 6 aylık süre , en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan semptomları kapsamalıdır; prodromal ya da residüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir.Bu bozukluğun belirtileri , prodromal ya da residüel dönemlerde , sadece negatif semptomlarla ya da A tanı ölçütünde sıralanan ikiyada daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

D-Şizoaffektif bozukluğun ve duygudurum bozukluğunun dışlanması: Şizoaffektif bozukluk ve psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğu dışlanmıştır; çünkü ya (1) aktif evre semptomları ile birlikte aynı zamanda majör depresif, manik ya da mixt epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

E-Madde kullanımının – genel tıbbi durumun dışlanması: Bu bozukluk bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

F-Bir yaygın gelişimsel bozuklukla ilgisi: Otistik bozukluk ya da diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin hezeyan yada halüsinasyonlarda varsa şizofreni ek tanısı konulabilir. (21)

3.1.4. Şizofreni Epidemiyolojisi

Şizofreni toplumlarda en sık görülen ruhsal bozukluktur. Nokta yaygınlığı binde 5'tir (halen her 250 kişiden biri şizofreni hastasıdır.), yaşam boyu morbidite riski binde 7 dir, (20. yy. ın sonuna doğru doğan her 140 çocuktan 1'inde veya her 1000 kişiden 7-8 inde şizofreni gelişmesi beklenmektedir)(22).

Şizofreni sıklığı ve yaşam boyu yaygınlığının tüm dünyada eşit olduğu söylenmekle birlikte; İsveç, İrlanda ve Hırvatistan'ın bazı bölgeleri ile Kanada'lı katoliklerde yüksek, Tayvan ve Gana'daki bazı kabilelerde düşük yaygınlık oranları bildirilmiştir (23).

Şizofreni tüm dünyada büyük oranda kişisel ve ekonomik sorunlara yol açan en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Tüm hastane yataklarının %25'inin işgal edilmesine, üretkenliğin yitimi ve sağaltımla ilişkili olarak yüksek maliyete, %20 daha kısa yaşam beklentisi ve %10-15 intihar oranına yol açan şizofreninin yıllık insidans hızı 100.000'de 10 ile 54 arasında verilmektedir (24,25).

Yaygınlık ölçümlerine, şizoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu, şizoaffektif psikoz, atipik psikoz ve hezeyanlı bozukluk gibi şizofreni spektrum bozuklukları dahil edilecek olursa etkilenen kişi sayısı artmaktadır.(23)

Erkeklerde ve kadınlarda eşit yaygınlıkta görülmekle birlikte, iki cinsiyette hastalığın başlama yaşı ve gidişi farklıdır. En sık ortaya çıktığı yaş dönemi erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşlarıdır. Ortaya çıkma yaşı kadınlarda orta yaşlarda ikinci bir pik yapar. Kadın hastalarda gidiş erkeklere göre daha iyidir (26).

Şizofreni genellikle 45 yaşın altında ortaya çıkar. 45 yaşından sonra başladığında geç başlangıçlı şizofreni olarak tanımlanır. Geç başlangıçlı olgular, kadınlarda daha yüksek oranda görülmesi, daha iyi mesleki işlevsellik öyküsü, daha fazla pozitif belirti göstermeleri, düşük dozda ve iyi antipsikotik tedavi yanıtı ve daha az yıkıma uğramaları ile erken başlangıçlı olgulardan ayrılırlar (27).

3.1.5. Şizofreni Belirtileri, Altıpları ve Prognozu

Şizofreni hastalarının öyküsü incelendiğinde şizoid ya da şizotipal kişilik özellikleri gösterdikleri, sessiz, içe dönük ve edilgen oldukları öğrenilir. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ya çok az arkadaşları vardır ya da hiç arkadaşları yoktur. Hastalık öncesi belirtiler hastalığın bir parçasıdır ancak geriye yönelik

değerlendirildiğinden geçerliliği düşüktür. Hastalık öncesi belirtiler aylar ve yıllar sürebilir (23, 28, 29).

Faktör analizine dayanan geniş kapsamlı çalışmalar şizofrenide üç ayrı belirti kümesi tanımlamışlardır(22, 23, 30).

Pozitif belirtiler; hezeyanlar, hallüsinasyonlar ve yapısal düşünce bozukluğu ile karakterizedir. Hezeyanlar çoğunlukla paranoid veya bizar doğada olmakla birlikte diğer hezeyan tipleri görülebilir. Hallüsinasyonlar çoğunlukla işitsel olmakla birlikte diğer duyu alanlarına uyan hallüsinasyonlar da görülür.

Dezorganizasyon; çağrışımlarda çözülme, enkoherans, uygunsuz duygulanım ve düşüncede fakirleşmeyi kapsar.

Negatif belirtiler; duygulanımda sığlaşma, spontanlığın kaybı, irade azlığı, enerji düzeyinde düşme ve zevk alamamayı içerir.

Şizofreni alt tipleri

DSM IV'te klinik özellikler, tedavi yanıtı ve seyir esas alınarak şizofrenide 5 alt tip tanımlanmıştır(31).

1-Paranoid şizofreni: Bir ya da daha fazla sanrının ve sıklıkla işitsel varsanların olduğu, dezorganize ve katatonik belirtilerin bulunmadığı şizofreni tipidir. Başlangıç yaşının daha geç olduğu ve daha iyi seyir gösterdiği belirtilmektedir.

2-Dezorganize şizofreni: İlkel, organize olmayan davranışa gerileme sistemli sanrılarının ve katatonik belirtilerin yokluğu ile belirlidir. Sinsi ve erken başlangıçlıdır; belirgin düzelme göstermeyen süregen seyir gösterir.

3-Katatonik şizofreni: Stupor, negativizm, rijidite, eksitasyon ya da çeşitli postür değişikliklerini içeren psikomotor bozukluklar gösterir. Son yıllarda ender görülmektedir.

4-Ayrışmamış şizofreni: Diğer alt tiplerin özelliklerini karşılamayan şizofreni tipidir.

5-Rezidüel şizofreni: Pozitif belirtilerin en alt düzeyde olduğu, negatif belirtilerin baskınlık gösterdiği hastalık tipidir.

3.1.6. Beyin Görüntüleme Bulguları

Yapılan görüntüleme çalışmalarında şizofreniye dair önemli bilgiler edinilmiştir. Şizofreni hastalarında yapılan ve bilgisayarlı beyin tomografisinin kullanıldığı ilk çalışmalarda ventriküllerin geniş olduğu saptanmıştır. Sonrasındaki çalışmalarda da şizofrenide en sık bildirilen bulgu, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında lateral ve üçüncü ventriküllerde genişlemedir. Geniş bir meta analiz çalışmasında, şizofreni hastalarında normal kontrollere göre toplam ventrikül hacminde artma olduğu, tüm beyin hacminde azalma olduğu; beyin hacminin göreceli olarak en az olduğu bölgelerin ise sırasıyla sol amigdala, sağ amigdala, sol hipokampus/amigdala, sağ hipokampus/amigdala, sağ hipokampus ve sol üst temporal gyrus olduğu bildirilmiştir. Lateral ventriküllerdeki genişleme ile negatif ve bilişsel belirtiler arasında pozitif ilişki saptandığı bildirilmiştir (17).

Şizofreni hastalarında, frontal bölgenin yanı sıra temporal lobda da kan akımı değişiklikleri bildirilmiştir. Pozitif psikotik belirtiler ile temporal lobda kanlanma artışı arasında ilişki olması en sık bildirilen bulgular arasındadır. İşitme varsanıları olan hastalarda mediyal temporal bölgelerde kanlanma artışı olduğu gösterilmiştir (18).

3.1.7. Şizofreninin Prognozu

Şizofreni, klasik olarak kronik tabloya akut alevlenmeler ve düzelmelerin eşlik etmesiyle seyreder. Kişilik değişikliklerinin görülebildiği, kişinin yavaş yavaş içine kapanmaya kendine özgü bir dünyaya girmeye başladığı, çok sayıda olgunun ise özellikle adolesan dönemde yoğun prepsikotik anksiyete belirtileri gösterdiği, kendi bedeni ile yoğun uğraş sergilediği, öz bakım ve kişilerarası ilişkilerini ihmal edilebildiği prodromal bir dönemin ardından; bazı hastalarda hastalık yıllarca sinsi ve yavaş bir seyir sürerken arada aktif hastalık dönemleri, akut alevlenmeler ortaya çıkabilir. Bu dönemler kendiliğinden ya da tedaviyle yatıştır. (23, 28, 30). Şizofreninin gidişi konusunda yapılan çalışmalar, kullanılan tanı ölçütlerinin zaman içinde değişmesi, uzun ve yeterli izlemin yapılamaması, üzerinde anlaşmaya varılmış yaygın bir iyileşme tanımının olmayışı gibi sebeplerden dolayı farklı sonuçlar vermektedir. 20-40 yıllık izlem çalışmaları, şizofreni hastalarının yaklaşık % 55' inde, hastalığın olumlu yönde seyrettiği, % 45' inde ise daha ağır sonuçlar görüldüğü hesaplanmıştır (32).

Diğer yandan, bazı izlem çalışmalarında, ilk hastane yatışı sonrası şizofreni tanısı almış hastaların iyileşme oranlarının % 10 ile % 60 arasında değiştiği, hastaların ortalama % 20 - % 30' nun toplumsal normlara uygun bir yaşam sürebildikleri, % 40 - % 60' ının ise hastalığın yıkımla giden etkisi altında sosyal ve mesleki yeti yitimi yaşadıkları belirtilmektedir (33).

Şizofrenide bilgi birikimi arttıkça hastalığın gidiş ve sonlanım belirteçleri daha iyi belirlenmiştir: Prodromal dönemde toplum, iş ve cinsel yaşamına göreceli olarak iyi uyum sağlamış olanlarda, hastalık akut bir biçimde gelişmişse, geç ortaya çıkmışsa ve çevresel stres etkenlerinin yeri fazla ise gidiş daha iyidir. Hastalık öncesi kişiliğin şizoid veya şizotipal oluşu, belirtilerin sinsi ve yavaş ortaya çıkışı daha kötü bir gidişi düşündürür. Ailede kalıtsal yüklülük yüksek ise süregenleşme olasılığı yüksektir. Negatif klinik belirtilerin baskın olduğu hastalar tedaviden daha az yararlanmakta ve gidişleri daha kötü olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ve kırsal bölgelerde şizofreni prognozu, gelişmiş ülkelere ve kentsel alanlara göre daha iyi bulunmuştur. Hastanın düşünce ve algı bozukluğu gibi belirtilerden rahatsız olması ve tedavide işbirliği ve uyumu iyi gidiş belirteçleridir. Ailenin hastalığı ve hastayı kabullenışı, tedavi ekibiyle işbirliği ve düşük duygu dışı vurumu gidişe olumlu katkıda bulunur (23, 29, 33).

3.2. Şizofreni ve Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri

İnsanoğlu, sadece çevreden etkilenen ve ona uygun tepkiler vermeye çalışan pasif bir varlık değildir. Fakat insanın etrafını saran sosyal ortamdan bağımsız olduğunu, ondan etkilenmediğini ancak onu etkileme gücünü taşıdığını düşünmek de yanıltıcı olacaktır. Bunun yerine insan ve sosyal çevresi arasında, karşılıklı olarak birbirini değiştirme ve dönüştürme gücü olduğunu savunan bir bakış açısı giderek daha geçerli olmaktadır. Şizofreni gibi psikotik süreçleri içeren pek çok rahatsızlık; henüz bu tanımları almadığı dönemlerde çok daha farklı muamelelere maruz kalan bir hastalık grubuydu. Kimi toplumlarda, bu hastalar, "İçine cin/şeytan girmiş" olarak yorumlanır. Bu kötü ruhların içerisinden çıkarılması için tek başına bir hücreye kapatılmasından tutun da başından aşağı kaynar ya da buzlu sular dökülmesi gibi türlü işkencelere maruz kalırlardı.

O zaman daha çok doğaüstü güçler ve onların insanlar üzerindeki etkileri çerçevesinde açıklanmaya çalışılan “delilik” durumu günümüzde tıp dünyasının kabullendiği bir hastalığın halk dilindeki adı olmuştur. Bu toplumsal değişim, bu hastalığı yaşayan insanları, eskiden konuldukları tecrit alanlarından çıkartmış, tıpkı diğer hastalıklar gibi tedavi edilmesi gereken tıbbi bir durum konumuna yerleştirmiştir. İnsanı içinde bulunduğu toplumla birlikte ve bir toplumu barındırdığı insanlar çerçevesinde incelemek, günümüzde hiçbir şekilde göz ardı edilemeyecek bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü’nün ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi ile ilgili önerileri esas alınarak, özellikle 1960’lardan sonar büyük psikiyatri hastaneleri küçültülerek ve yatak kapasiteleri azaltılarak, hastane temelli ruh sağlığı hizmetlerinden toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçilmeye başlanmıştır. Örneğin Almanya’da 1960’lı yıllarda başlayan bu dönüşüm sonrası psikiyatri hastanelerindeki yatak sayısı yaklaşık %50 oranında azalmıştır (34).

Hastaların toplum içerisinde tedavi edilebilmesi amacıyla toplum psikiyatrisi hizmetlerine ağırlık verilmiştir. Ciddi psikiyatrik hastalar ayaktan tedavi birimlerinde ve toplum psikiyatrisi birimlerinde tedavi edilmeye başlanmıştır. Hastaların tedavi amacıyla psikiyatri kliniklerine yatışları krize müdahale ya da hastanın kendisine ya da çevresine zarar verme potansiyeli taşıdığına sağlanmaktadır (35, 36, 37).

Psikiyatri hastalarının toplum içerisinde tedavi anlayışının yürürlüğe girmesinin ardından toplum psikiyatrisi hizmetlerinde önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Toplum psikiyatrisi hizmetlerinin sağlanması amacıyla psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve uğraşı terapistlerinin yer aldığı ekipler oluşturulmuştur. Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri (Community Mental Health Teams), Kriz Çözüm Ekipleri (Crisis Resolution Teams), Girişken Sosyal Yardım Ekipleri (Assertive Outreach Teams), Toplum Rehabilitasyon Ekipleri (Community Rehabilitation Teams), Psikoz Erken Müdahale Ekipleri (Psychosis Early Intervention Teams) ve gündüz hastaneleri Batı Avrupa’da bu amaçla oluşturulmuş yapılardır. (38, 39, 40, 41, 42)

Toplum psikiyatrisi merkezlerinde temel amacın, ev temelli krize müdahale, akut yataklı tedavi hizmeti, uzun süreli hastane içi ve hastane dışı bakım hizmeti, hastalara iş sağlama, hastalara yaşadıkları evde destek sunma, hasta eğitimi ve danışma hizmetlerinin sunumu olduğu belirtilmektedir. (43).

Danimarka'da 1960'lı yıllarda başlayan yeniden yapılanma sürecinde hızlı bir şekilde psikiyatri yatakların azaltılması ve yerine yeterli toplum psikiyatrisi hizmetlerinin konulamaması sonucu genel psikiyatri hizmetlerinde önemli sorunlara yol açmıştır.Örneğin organik olmayan psikotik hastaların intihar oranlarında %100'lük bir artış ortaya çıkmıştır.Ayrıca psikiyatri hastalarının suç işleme oranında 1980 ile 1997 yılları arasında yıllık %6,7'lik artış ortaya çıkmıştır.Psikiyatrik yatak sayılarının azaltılması sonucu yatak doluluk oranları %100'e ulaşmıştır.Akut psikiyatri başvurularında da artış ortaya çıkmıştır. Örneğin 1985 yılında tüm hasta gruplarında psikiyatri kliniklerinin yatan hasta başvuruları %75-80 arasında değişirken, bu oran 1997 yılında %85-90'a ulaşmıştır Batılı ülkelerde kronik ruhsal rahatsızlıklara sahip bireylerin rehabilitasyon çalışmaları, yaklaşık 20-40 yıl önce başlamıştır. (44)

Türkiye'de rehabilitasyon çalışmaları ilk kez 1930'lu yıllarda, Mazhar Osman döneminde başlamıştır. Şehir dışında bulunan hastanenin boş arazileri tarıma açılmış, hastalar buğday ekimi, çeşitli sebzelerin yetiştirilmesi ve bağ bozumunda çalışmışlardır. Yine bu dönemde eleman yetersizliği nedeniyle hastalar hastanede çalıştırılmaya başlanmış, eczane, mutfak gibi bölümlerde yer almış, berber olarak çalışmışlardır(45). 1990'lı yıllarda sivil toplum kuruluşlarının ağırlık kazanmasıyla, hasta ve hasta yakınlarının (özellikle şizofreni hastalarının) katılımıyla kurulan dernekler ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu derneklerde hasta ve ailelere, hastalık hakkında eğitimlerin verildiği, 10-12 seans olarak düzenlenen programlar uygulanmış, bu programlarda yatağını toplamak, alışveriş yapmak gibi gündelik hayatın parçası olan etkinliklerin becerilerini geliştirmek amaçlanmıştır. Eğitimden geçtikten sonra hastaların suçluluk hislerinin büyük oranda azaldığı, sorunlarını kolayca başkalarıyla paylaştıkları gözlemlenmiştir. Aynı zamanda bu ortamlar hasta yakınlarının da dışarı çıktıkları, bir araya gelip sorunlarını paylaştıkları yerler olmuşlardır. Derneklerin açılmasının ardından, daha önce yılda 3-4 yatışı olan kişilerin derneğe gitmeye başladıktan sonra 7-8 yıldır yatışları olmadan tedavilerinin sürdürülmekte olduğu gözlenmiştir. Zamanla Anadolu'da farklı kentlerde şizofreni dernekleri açılmaya başlamıştır. İlk olarak İstanbul'da, ardından Ankara, İzmir, Manisa, Antalya, Eskişehir, İzmit ve Konya'da dernekler açıldı. Bu dernekler devletin Yapmakta zorlandığı işleri yürütmektedir. Hasta ve yakınlarının hazırladığı bültenler yılda belli aralıklarla, düzenli olarak yayınlanmaktadır. Derneğin girişimleriyle hasta,

hasta yakınları ve diğer sağlık profesyonellerini bir araya getiren sempozyumlar, kongreler düzenlenmektedir. Ayrıca stigmatizasyonla mücadele kampanyaları, şizofreni yürüyüşleri yapılmaktadır.(45).

Günümüzde tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verilmesi kendi yapımıza uygun modellerin işleme sokulması çok önemlidir. Gündüz hastanesi, ayaktan tedavilerin yapıldığı polikliniklerden farklı olarak psikiyatrik, psikososyal ve uğraşı tedavilerinin düzenlendiği, gereksinimi olan kişilere bir arada bu programların sunulduğu yerlerdir (45). Hastalığın alevlenme dönemlerinde hastaneye yatırılıp tedavi edildikten sonra hastaneden çıkarılarak kendi yaşam ortamlarına dönen kronik ruhsal hastalığı bulunan kişilerin toplumla uyum sorunu ülkemiz için de geçerlidir. Gündüz hastaneleri, hastaların taburcu edildikten sonra toplumsal yaşamlarına dönme aşamasında çok gereklidir; hastanede yapılan terapilere etkinliklere, günlük işleyişe katılan hasta akşam evine dönmektedir. Hastanın kademeli olarak dış dünyaya uyumu amaçlanmaktadır(45,46). Bu amaca yönelik olarak 2005 yılı sonlarında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bünyesinde bir gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezinin kurulması planlanmış ve Dr. Ayla Yazıcı öncülüğünde bu girişim gerçekleştirilerek 2006 yılından itibaren hizmet vermeye başlamıştır. Ankara, Kocaeli, Antalya, İzmir, Manisa gibi Türkiye'nin çeşitli illerindeki ruh sağlığı hizmeti veren kurumlarda da son yıllarda rehabilitasyona yönelik etkinliklerin arttığı dikkati çekmektedir. (45,46)

3.3. Şizofreni ve İhtiyaç Analizi

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında anahtar rol oynamakta olan ihtiyaç analizleri ise her ülkenin ihtiyaçlarının belirlenebilmesi ve bu ihtiyaçlara göre hizmetin sunulabilmesine, dolayısı ile etkinliğin arttırılmasına imkan tanımaktadır. Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ihtiyaçlarının belirlenmesi elbette ki karmaşık ve bir çok değişken içeren bir tanımdır. Yeme, içme, sıcaklık, barınma gibi hayatta kalmamız için doyurulması şart olan fizyolojik güdüler (birincil güdüler) , temel ihtiyaçlardır. Sevgi, başarı, sosyal onay, sosyal konum ise sonradan öğrenilmiş güdülerdir; (ikincil güdüler) ve bu güdülere de ihtiyaç- gereksinim -adı verilir.

İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı, Abraham Maslow tarafından geliştirilmiştir. Bu kuram kişinin ihtiyaçlarının hiyerarşik bir sıra içerisinde varolduğunu iddia

etmektedir.Bu hiyerarşik sırada fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik ihtiyacı, sevgi ve aidiyet ihtiyacı, değer verme ve görme ihtiyacı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacı olmak üzere beş farklı düzeyde ihtiyaç vardır (47).

İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramı üzerinde çok sayıda bilimadamı çalışmış ve kuramı geliştirmilerdir.Bu çalışmalardan en dikkat çekici olanı Clayton Alderfer'in çalışmasıdır.Alderfer'in çalışmasına göre 3 temel ihtiyaç vardır.Bunlar : Bireyin varlığını devam ettirmesi için ihtiyaç duyduğu fizyolojik ihtiyaçların ve güvenlik ihtiyacının içine dahil olduğu var olma ihtiyacı; sosyal ilişki, zgven, aidiyet ihtiyaçlarının dahil olduğu bağlılık ihtiyacı ve bireyin insan olarak tüm kapasitesini geliştirmesine yardım eden kendini gerçekleştirme ihtiyacıdır.Alderfer, bireyde birden fazla düzeyde ihtiyacın aynı anda aktif olabileceğini ve hayatın bazı dönemlerinde bazı ihtiyaçların diğerlerine oranla daha fazla önem kazanabileceğini iddia etmiştir (47).

İhtiyaç; hasta bireyin yeterli yaşam kalitesine ve sosyal bağımsızlık anlamında kabul edilebilir seviyede bir başarı sağlayabilmesi ve bu düzeyi sürdürebilmesi olarak tanımlanmıştır.Hastane temelli ruh sağlığı modelinde, hastaların ihtiyaçları hastaneler tarafından karşılanmaktaydı.Bu modelde çok uzun süreli hastane yatışları olmaktaydı.Günümüzde ise hastaların büyük kısmı, daha çok topluma karışabilmekte ve aileleriyle beraber yaşamaktalar. İhtiyaçları ise aileleri veya toplum ruh sağlığı merkezleri tarafından karşılanmakta.Ancak bu ihtiyaçların nasıl ve ne dereceye kadar karşılanabildiği ile ilgili sağlıklı bilgiler bulunmamaktadır özellikle bizim ülkemizde, hastanın ihtiyaçlarının karşılanmasında ve günlük yaşamında aile önemli bir rol oynamakta.Ailelerin, hasta bakımının getirdiği yükle yalnız bırakıldıkları, psikiyatrik rehabilitasyon proramları yeterli olamamaktadır.

Ochao ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada karşılanmayan ihtiyaçları belirlemede hasta ve bakımverenlerin arasındaki uyumun ihtiyaçları belirlemeye göre daha kötü bulunduğu belirtilmiştir.Kötü uyumu belirten 0,4'den küçük kappa değerleri " z-bakım, bilgi, diğerlerinin güvenliği, alkol, ilaçlar ve ocuk bakımı " alanlarında bulunmuştur.Araştırmacılar bu sonuçları bu alanlardaki düşük sıklık değerleri ile ilişkilendirmiştir.(48)

Avrupa'da yapılan çalışmalarda farklı sayıda ve tipte ihtiyaçlar belirlenmiştir.çalışmaların çoğunda hastalar, sağlık ekibinden daha fazla sayıda

ihtiyaç tespit etmekle beraber, bazı çalışmalarda da sağlık ekipleri hastalardan daha fazla sayıda ihtiyaç tespit etmiştir. (49, 50)

Çalışmalarda en sık olarak bulunan ihtiyaç alanı "Psikotik belirtilerdir". Psikotik belirtiler dışında, "Ev işleri ile ilgili beceriler, ilişkiler, günlük aktivite-uğraşı-iş, psikolojik sorunlar" diğer en sık bulunan ihtiyaç alanlarını oluşturmaktadır (51).

Hansson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre en sık karşılanan ihtiyaç alanları sırasıyla " Psikotik semptomlar, günlük aktiviteler, psikolojik sorunlar, ev işleri ile ilgilik beceriler, iş, yiyecek ve öğünler, para " olarak belirlenmiştir (50).

Ochao ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise en sık belirlenen, karşılanan ihtiyaç alanları sırasıyla "Psikotik belirtiler ev işleri ile ilgili beceriler, yiyecek ve öğünler, genel hastalık durumu ve tedavisi ile ilgili bilgilendirilme, para " olarak belirlenmiştir (48).

Hansson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada "Psikotik belirtiler, psikolojik sorunlar, bilgilendirilme, iş, yakın ilişkiler " en sık belirlenen karşılanmamış ihtiyaç alanlarını oluşturmuştur. Bu alanlarda hastaların % 20'den fazlası karşılanmamış ihtiyaç belirlemiştir. "Günlük aktiviteler" alanında %15'den fazlası, "Ev işleri, bedensel sağlık, yerleşim yeri" alanlarında %10'dan fazlası karşılanmamış ihtiyaç belirlemiştir(50).

Ochao ve arkadaşlarının çalışmasında hastalar sadece "İş " alanında %20'den fazla, yine sadece "ilişkiler " alanında %15'den fazla, "Güvenceler, günlük aktiviteler, eğitim" alanlarında %10'dan fazla karşılanmamış ihtiyaç belirlemişlerdir(48).

Çalışmalarda belirlenen ortalama toplam ihtiyaç sayısı değerlendirildiğinde, İngiltere, Kuzey Avrupa ülkeleri, Katalonya çalışmalarında belirlenen ortalama ihtiyaç sayısı yaklaşık olarak 6 bulunmuştur. İtalya, Santander çalışmalarında ise daha düşük ihtiyaç sayıları belirlenmiştir. Ortalama toplam ihtiyaç sayısı bu iki çalışmada da yaklaşık olarak 5 bulunmuştur(48,49,50).

Farklı çalışmalarda farklı sayıda çıkan ihtiyaç durumunu analiz ettiğimizde, çalışmalara dahil edilen hastaların farklılık gösterdiği görülmektedir. Slade ve Hansson'un çalışmalarında korumalı evlerde, bakımevlerinde kalan hastalarda çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca yine bu çalışmaların iki tanesinde şizofreni dışındaki psikoz hastaları da çalışmaya dahil edilmiştir(48, 50).

İhtiyaçların farklı tip ve sayıda olması, örneklem gruplarının (Hollanda, İspanya, Kuzey Avrupa ülkeleri) farklı olması ile de açıklanabilmektedir(48).

İnsan bulunduğu toplum içerisinde geçerli olan kültürel özelliklerin etkisinde varlığını sürdürür. Bulunduğu toplum içinde yaşadığı diğer insanların davranışlarından ve o topluma ait gelenek ve göreneklerden etkilenecek yaşar. Eyleme geçmeyi, hissetmeyi ve çevremizde olan bitenleri anlamayı anne babalarımızdan, toplumsal ihtiyaçlardan ve atalarımızın geleneklerinden öğreniriz. Farklı ülkelerde yaşayan kişilerin yaşam biçimleri, genel davranışları ve tavırları da birbirinden farklıdır. Bu da her ülkenin kendi verilerine sahip olmasının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Çalışmalarda aynı zamanda hastaların aldıkları yardımların kaynakları incelenmiştir. "Psikotik belirtiler, bedensel sağlık, psikolojik sorunlar, yerleşim yeri, yiyecek ve öğünler" yerel yönetimlerin en çok yardım verdiği alanlar olarak belirlenmiştir(50, 51).

Primer hastalıkla ilgili alanlarda resmi kurumların daha fazla yardım sağladığı bulunmuştur(48).

"Psikotik belirtiler, ilişkiler psikolojik sorunlar, para, günlük aktiviteler" ailelerin en çok yardım gösterdiği alanlar olarak bulunmuştur. Sosyal ilişkiler, günlük yaşamla ilişkili ihtiyaç alanlarında başta aile olmak üzere hastanın sosyal destek ağlarının da önemli bir rol oynadığı belirlenmiştir(48).

Ayrıca araştırmacılar sosyodemografik veriler ve çeşitli ölçeklerle ihtiyaçları ve karşılanmayan ihtiyaçları öngörmeye çalışmıştır. Hansson ve arkadaşlarının. yaptığı çalışmada hastaların işlevsellik, klinik belirtiler ile yaş, cinsiyet değişkenleri de kontrol amaçlı alınarak ; toplam ihtiyaç kestirilmeye çalışılmıştır. Bu çalışmada varyansın %30'u belirlenmiştir. Yine bu çalışmada klinik belirtiler ve işlevsellik belirlenen toplam ihtiyacın belirgin bir öngörücüsü olarak tanımlanmıştır(50, 51).

Ochoa ve arkadaşlarının çalışmasında cinsiyet, yaş, medeni durum, hastalığın başlangıç yaşı sosyodemografik verileri ile, klinik belirtileri, işlevselliği,, yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler ile toplam ihtiyaçlar ve karşılanmayan ihtiyaçlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için stepwise çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Bu çalışmada hiçbir sosyodemografik değişken, regresyon denklemine

girememiştir. Varyansın hastaya göre yüzde onbiri, bakımverene göre yüzde yirmibeşi açıklanabilmiştir.(48).

3.4. Şizofreni ve Yaşam kalitesi

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlanmıştır (53).

Yaşam kalitesi temel olarak, kişinin yaşam koşullarına uyumda kişisel tatminini etkileyen, hastalığın bedensel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden bir kavram olarak görülmektedir (54).

Yaşam kalitesi, bir yandan kişinin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi ve kişisel inançlarından, diğer yandan, kendi çevresiyle olan ilişkilerinde karmaşık bir şekilde etkilenmektedir(55).

Son 20 yıldır Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) merkezli çalışmaların da katkısı ile sağlık hizmeti verenler ve araştırmacılar fiziksel ve ruhsal hastalıkların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini tanımlama konusunda daha çok çaba göstermektedirler. Bunun sonucu olarak iyilik durumunu ve yaşam kalitesini öznel olarak ölçülebilir kılmaya girişimleri sonuç vermekte ve sağlığın ekonomik, sosyal ve benzeri farklı boyutları da değerlendirme kapsamına alınmaktadır. Yaşam kalitesinin henüz etraflıca kabul edilen bir tanımı olmamakla birlikte, “kişinin kendi durumunu, kendi kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi” olarak tanımlanmıştır(56).

Albrecht ve Fitzpatrick yaşam kalitesi kavramını tıpta 4 alanda kullanımından bahsetmiştir;

- a- Klinik çalışmalarda ve sağlık servisi araştırmalarında sonuç ölçümü olarak,
- b- Bireysel hastaların klinik bakımlarının planlanması için,
- c-Tanımlayıcı çalışmalarda popülasyonların sağlık gerekliliği değerlendirmeleri için,
- d- Sağlık ekonomisi çalışmaları ve kaynakları için

Dünya Sağlık Örgütü’ nün geniş sağlık tanımına ek olarak 20. yüzyılın ortalarında yaşam kalitesinin genel özelliklerinin gelişmesini etkileyen ve özellikle psikiyatriyi alarma geçiren iki gelişme olmuştur. Daha genel olarak Maslow tarafından

insan gereksinimlerinin hiyerarjisine dayalı, en temel fizyolojik ihtiyaçlarla başlayan (besin ve korunma) ve estetik ve etik ihtiyaçlarla birlikte otonomi gereksinimiyle yükselen taslak geliştirilmiştir. Ruhsal hastalıkla ilgili olarak bu temel gereksinimlerle ne kadar mücadele edildiği tartışılabilir. 20. yüzyılın'ın baslarında hastaların büyük ruh sağlığı hastanelerine kapatılması, yiyecek gibi fizyolojik, ve güvenlik gibi korunma ihtiyaçları karşılandığından avantaja sahipti ancak Maslow'un hiyerarjik sablonunda daha yukarıda yer alan otonomi bu sistemde göz ardı edilmekteydi. Diğer yandan 20. yy sonlarında toplum psikiyatrisi alanında hastaların otonomi kazanma olasılığı vardı. Bu açıkça yaşam kalitesi özelliğidir(57). Diğer bir gelişme, 1950lerde psikotropik ilaçların tanıtılmasıyla tetiklenmiş, Ruh sağlığı hastaneleri küçültülerek kapatılmış ayrıca hastalık belirtileri, tanı ve yineleme üzerinde yoğunlaşmak yerine psikiyatri gerçek hayata yönlendirilmiştir (57). Bu durum da yaşam kalitesi kavramının oluşumunda etkili olmuştur.

1950'li yıllarda, tipik antipsikotiklerin kullanıma girmesi şizofreni tedavisinde çok önemli sayılabilecek bir gelişmedir. Bununla birlikte uzun bir süre bu ilaçlardan beklenen hastalığın pozitif belirtilerini geriletmesi olmuştur. Şizofrenide yaşam kalitesi çalışmaları 1960'lı yıllarda yatarak tedavi protokolünden ayakta tedavi protokolüne geçiş ile başlamış olmasına karşın uzun süre yeterli ilgiyi görememiştir.(58).

Yaşam kalitesi kavramı, şizofreni araştırmalarında ancak 1990'larda atipik antipsikotik ajanların klinik kullanıma girmesiyle, bu girişimlerin hastanın hayatını ne derecede iyileştirdiğini değerlendirmek amacıyla, hak ettiği yeri bulmaya başlamıştır. Böylece, yaşam kalitesi kavramı hastalık belirtilerinin gerilemesi ve nükslerin önlenmesinden farklı beklentileri yansıtmaktadır. Son 15 yıl içinde şizofreni gibi şiddetli psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerde, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi konusunda çalışmalar yoğunlaşmıştır(58). Gıda ve ilaç dairesi(FDA) ve benzeri kurumlar yeni psikotrop ilaçlara onay verirken yaşam kalitesi ölçümlerine dair sonuçları da dikkate almaya başlamışlardır (59).

Yaşam kalitesi, bugün şizofrenide rehabilitasyon programlarında ve ilaç tedavisi başarısının değerlendirilmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. Şizofreni tedavisinde, son yıllarda hasta ve yakınlarının da tedavi sürecine katılımı yönünde çabalar artmaktadır. Bunun sonucu olarak hasta memnuniyeti, hasta ve yakınlarının tedaviyi değerlendirmeleri, öznel iyilik hali ve yaşam kalitesinin önemi

vurgulanmaktadır. Sizofreni tedavisinin ana amacı sizofreni belirtilerinin azaltılmasından ve yinelemeleri önlemeden öte hastanın tam olarak iyileşmesine ve yaşam kalitesinin optimizasyonuna doğru yönelmektedir (60).

Şizofreni hastalarının yaşam niteliği ölçümünde hastanın kendisinin, yakınlarının/ailesinin ve ruh sağlığı çalışanlarının hep birlikte değerlendirmeye alınmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Yaşam kalitesi, hastalar tarafından daha çok yaşam tarzı ve yaşam standardı olarak tanımlanırken, psikiyatristler için hastalığın belirtilerine yönelik yetiyitimi yokluğu ve profesyonel yardımın gerekliliği olarak öne çıkmaktadır.

Her iki değerlendirme boyutunun da bazı kısıtlamaları vardır. Bu kısıtlamaların temel nedenleri arasında evrensel olarak kabul edilen ölçeklerin kullanılmaması ve sağlıklı kontrollerden gelen yaşam kalitesi verilerinin bulunmaması sayılabilir. Şizofreni hastalarının yaşam niteliği ölçümünde hastanın kendisinin, yakınlarının ve ruh sağlığı çalışanlarının hep birlikte değerlendirmeye katılması gereklidir (60).

Şizofrenide yaşam kalitesini etkileyen faktörler

Yaşam kalitesi kompleks bir kavramdır ve sosyo-demografik, klinik ve psikososyal faktörlerin tümünden değişen oranlarda etkilenebilir. Sosyodemografik değişkenlerin yaşam kalitesi ile ilişkisi incelendiğinde, literatürde tam bir görüş birliğine varılmadığı görülmektedir: Ülkemizde Örsel ve ark. tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada cinsiyet, medeni durum, gelir, meslek grupları, yaş, eğitim yılı ve toplam işsizlik süresinin yaşam kalitesi ile ilişkili olmadığını bildirmiştir (61)

Yaşam kalitesi ile pozitif ve negatif belirtiler arasındaki ilişkiyi ortaya koyan ve reddeden çalışmalar mevcuttur. Bazı çalışmalarda pozitif ve negatif belirtilerle yaşam kalitesi arasında ilişki bulamadığını bildirmesine (62, 63, 64) rağmen Galletly ve ark'nın yaptığı bir, Örsel ve arkadaşlarının yaptıkları iki çalışmada, çalışmalarda negatif belirtiler ile yaşam kalitesi arasında yüksek ilişki bulunduğu pozitif belirtilerle yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı ileri sürülmüştür (65, 66).

Öte yandan pozitif belirtilerle yaşam kalitesi arasında bağlantı olduğunu, negatif belirtilerle ise anlamlı ilişkisinin olmadığını bildiren çalışmalarda mevcuttur (67, 68).

Diğer yandan hem pozitif ve hem negatif belirtilerle yaşam kalitesinin ilişkisi olduğunu bildiren çalışmalar da literatürde yer almaktadır (69, 70).

Şizofreni tanısı olan hastalarda yapılan yaşam kalitesi çalışmalarında belirtili örüntüsü ile ilgili olarak en sık saptanan bulgulardan biri de depresyonun negatif ilişkisidir. Yaşam kalitesinin klinik değişkenlerle ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarda komorbid anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan şizofreni hastaların yaşam kalitesinin, komorbid anksiyete bozukluğu ve depresyonu olmayanlardan anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (71, 72). Yine şizofreni hastalarında depresyon ve anksiyete belirtileri ile yaşam kalitesi arasında da bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir (73, 74).

Yaşam kalitesi ile ilişkili bulunan bir diğer belirtili kümesi bilişsel yetilerdir. Bilişsel yetileri azalan şizofreni hastalarının yaşam kalitesi puanları da azalmaktadır (75).

Bu çalışmanın yanı sıra yaşam kalitesi ile bilişsel işlevler arasında herhangi bir ilişki saptamayan çalışmalar da bulunmaktadır (76). Ayrıca şizofrenik bozukluğa yönelik toplumsal damgalama eğilimi hem hastanın hem de ailenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Toplumsal destek programları ile tedavileri toplum içinde sürdürülen hastaların yaşam niteliği, kurumlarda tedavi edilen hastalarinkinden daha iyi bulunmuştur Yapılan bazı çalışmalar göstermiştir ki hastaların işlevsellikleri ile yaşam kaliteleri arasında pozitif bir ilişki vardır (77).

Literatürde “yaşam kalitesi” genel olarak sağlık servisi ve programların yararlılık çalışmaları için ve yeni ilaçların klinik etkinliği araştırmalarında, sonuçların değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ancak ruh sağlığı servislerine ek olarak çok çeşitli kişisel ve sosyal değişkenler toplumda yaşam kalitesi üzerine etkili olabilir. Şizofreni hastalarında bu değişkenlerin etkisinin tanımlanması, yaşam kalitesinin artırılması çalışmaları açısından önem taşımaktadır (78).

3.5. Aile Yüğü Kavramı

Psikiyatride reform sayılabilecek hastaların kurum dışına çıkarılması hareketinin yaklaşık 50 yıl önce başlaması ile pek çok aile ciddi ruhsal bozukluğu olan hastaları ile ilgilenmek ve onlara bakım vermek durumunda kalmışlardır. Bu hareket hastaların topluma katılımı ve sosyal yaşama dönüşlerine imkan tanısa da ihtiyaç duyulan

kaynağın büyük kısmı ailelerden sağlanmıştır. Hastanelerden çıkarılan hastaların büyük çoğunluğu aileleri ile yaşamaya başlamışlardır (79).

Kronik ruhsal bozukluğu bulunanların %50-90'ı, akut psikiyatrik tedavi sonrasında akrabalarıyla birlikte yaşamaktadır (80). Aileleri ile aynı evde yaşamasalar bile bu hastaların aileleri üzerinde oldukça ağır yükleri bulunmaktadır(81).

Hastalığın belirtileri, riskleri, hastanın ihtiyaçları gibi konularda neredeyse tamamen bilgisiz olan aileler kendilerini hastalığın zorluklarıyla ile başbaşa bulmuştur. Bu yeni durum bakımverenler üzerinde hem hastanın davranışlarından hem de birlikte yaşama yeteneğindeki kayıplardan kaynaklı bir yük oluşturmaktadır (82,83).

Hastaya bakımverenlerin tedavinin optimal şartlarda sürekliliği açısından düşen sorumluluk, ailelere önemli bir yük getirir. Resmi bakıcı olmayan bakımverenler, artmış stres düzeyleri, depresyon, azalmış öznel iyilik hissi, fiziksel sağlık ve kendine yeterlilikte azalma gibi önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşır (84,85). Bu yük, hastayla kurulan ilişkilerin yeni nitelikler kazanması ile daha da ağırlaşır (80,86).

Bakımveren yükü kavramı tek bir tanım ile açıklanamayacak kadar karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır. Emosyonel, psikolojik, fiziksel ve ekonomik boyutların yanı sıra utanç, suçlu hissetme, küçük düşme duygusu gibi daha belirsiz kavramları da içermektedir (87).

Bakım veren yükü ya da aile yükü kavramının esas olarak sahneye çıkması ise klorpromazinin kullanıma girişi ve böylece hastaların akıl hastanelerinden evlerine dönüşüyledir. Akıl hastanelerinin hızla kapasite düşürüp çoğu yerde kapanması, hazır olmayan toplumda, hazır olmayan ailelere, hazır olmayan hastalara bakma ödevini vermiştir. 1970'lerden itibaren "iyileşme hareketi" ile birlikte, bakım verenler tedavi planları ve hatta ruh sağlığı politikaları düzenlenirken dikkate alınmıştır (88, 89). Yıllar içinde bakımveren yükü resmi kurumlarca da tanınmış ve önem görmeye başlamıştır. Birleşik Devletler ve Batı Avrupa Devletlerinde bakım verenlerin hastaların ve dolayısıyla toplumun yaşamına yaptıkları katkılar kabul edilmiştir (90). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin şizofreni tedavi klavuzlarına bakımveren yükü kavramı eklenmiştir (91).

Hastaya en yoğun şekilde bakım sağlayan ve destek veren kişi birincil bakımveren olarak tanımlanmaktadır. Şizofreni hastalarında birincil bakım veren genellikle kadındır ve sıklıkla annelerdir. Yapılan bir toplum taramasında 697 bakım verenin % 82'sinin kadın olduğu ve bunların da % 90'ının hastanın annesi olduğu bildirilmiştir.(92)

Yapılan çalışmalar Latinler (93,94) ve Afrikalı Amerikalılar gibi etnik azınlıklarda bakımverenlerin, beyaz ırkta bakım verenlere kıyasla bakım vermekle ilgili daha olumlu algılara sahip oldukları, ruh sağlığı ve iyilik hissini daha üst seviyelerde olduğu, strese atfedilen değerin daha ılımlı olduğu ve yükün daha hafif olduğu konusunda örtüşmektedir. Bu durumun dini başa çıkma mekanizmalarının daha yaygın kullanılmasına, sosyal desteğin ve çocukların anne babaya bakma zorunluluğuna olan inancın daha sağlam olmasına ve bu gruplar arasında geleneksel tıba olan inancın daha kuvvetli olmasına bağlı olabilir (94, 95, 96).

Ülkemizin özellikleri düşünüldüğünde; geleneksel yapılarda çözülmenin başlaması, hasta bakımının ortaklaştırılabildiği geniş ailelerin yavaş yavaş eriyerek yerini giderek çekirdek ailelerin ya da atomize bireylerin alması nedeniyle ailelerin yükünün arttığı görülmektedir (97).

Koukia ve Madianos'un yaptığı bir çalışmada psikososyal rehabilitasyonun aile yüküne etkisi araştırılmış ve rutin tedavileri sürerken rehabilitasyona dahil olan ve olmayan hasta yakınları karşılaştırılmıştır. Rehabilitasyona katılan ailelerde subjektif ve objektif yükün daha düşük olduğu gözlenmiştir. Hastaların düşük işlevselliği daha ağır yüke neden olmuş, rehabilitasyonla işlevsellik arttıkça bakımveren yükü de azalmıştır (98) . Hastanın sosyal işlevselliğindeki gözlenen düzelme, bakımverenin yükünü azaltmaktadır(99). Gülseren ve arkadaşları tarafından aile yükünün öngörücülerini belirleyebilmek için yapılan bir çalışmada, hastanın erkek olması, bakıcının kadın olması, sosyal desteğin yetersiz olması, ekonomik sorunlar, hastadan şiddet görme, toplam hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, hastanın pozitif ve negatif belirtileri, hastanın sosyal işlevselliği, bakımverenlerin anksiyete ve depresif belirtiler düzeyi, aile yükü için öngörücü olarak belirlenmiştir.(100). Ülkemizde yapılan bu geniş kapsamlı çalışmada, belirtilerin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılması, hasta yakınlarının anksiyete depresyon

düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler, sağlık personeli desteğini de içeren sosyal destek, ailelerin yükünün azaltılması için belirtilmiştir.

3.6. Şizofreni ve İşlevsellik

Şizofreninin belirtilerinden bir tanesi hastalığın bireyin toplum içindeki işlevselliğinde günbegün bozucu etkisinin olmasıdır. Son 10 yıl içerisinde antipsikotik ilaçların, psiko-sosyal ve mesleki terapilerin gelişmesi, hasta yakınlarının hastalığın tedavisine daha fazla katılması şizofrenide psikotik belirtilerin daha etkin bir şekilde kontrolünün sağlanmasına katkı sağlamış ve işlevsel iyileşmenin, şizofrenisi olan hastaların ciddi bir bölümünde artık ulaşılabilir amaçlar olmasıyla sonuçlanmıştır (101)

Hastalarda motivasyon eksikliği ve izolasyon, uyuma yönelik olmayan davranış ve sosyal işlev bozukluğu gibi şizofreninin kalıntı belirtileri devam edebilir (102). Bu belirtiler hastaların; günlük yaşam becerileri, sosyal ilişkiler, ebeveynleri ve çevreleri ile iletişim kurma, sosyal rolleri yerine getirmekte zorlanma gibi becerilere uyum sağlamakta ciddi problemler yaşamalarına neden olur. Yeti yitimi fazla olan şizofreni hastaları aileleri ve toplum için ciddi bir yük olmaktadır (101). İşlevsel düzelmenin sağlanması: hastaların topluluğa ve iş hayatına yeniden katılımına olanak veren, sosyal yükü ve sağlık-bakım maliyetlerini azaltan önemli bir tedavi amacıdır (101).

Şizofrenide işlevsel iyileşme; belirti kontrolünün yanı sıra bilişsel performans ve sosyal işlevselliğin de gelişmesi gibi sonuçları içermektedir. Sosyal işlevsellik kavramı iki temel öğeden oluşmaktadır: bunlardan ilki, hastanın kendisine bakabilme, günlük faaliyetlerini sürdürebilme becerisi diğeri ise hastanın sosyal yaşama uyum sağlayabilmesi için gerekli tüm sosyal becerilerin kazanılması gerekliliğini kapsar (103)

Sosyal işlevsellik, kişinin iş, ev, sosyal yaşam ve haz aldığı etkinliklerindeki işlevsellik yetisi olarak tanımlanmaktadır. Bu tür eksiklikler yaşamın kalitesini düşürür ve sosyal, ailesel, boş zaman ve mesleki rol işlevselliğinde sorunlara neden olur (104). Şizofrenide sosyal işlevsellik, negatif ve pozitif belirtiler, duygu-durum, sosyal davranışlar ve çevresel koşullardan etkilenmektedir (105).

İşlevsel iyileşme, şizofreni tedavisinde, hastanın yeniden bütünleşmesini ve yaşam kalitesinde önemli bir iyileşmeyi sağlayabilecek şekilde gerçekleşmelidir. Semptomlardan bağımsız olarak değerlendirilen işlevsel iyileşme kavramı, farklı alanlardaki rol beklentilerinin gerçekleştirilmesini ve “ideal” sosyal işlevselliği kapsar(106,107).

3.7. Şizofreni ve Bilişsel İşlevler

Şizofrenide bilişsel işlev bozukluğunun önemi Kraepelin ve Bleuler döneminden bu yana bilinmektedir. Kraepelin, bellek ve yüksek işlevlerde bozulmanın hastalıkta ön planda olduğunu ve bu durumun fronta-temporal bölge anomalilerine ikincil olarak ortaya çıktığını düşünmüştü. Yalnızca klinik gözlemlerine dayanarak yaptığı çıkarsamalar sonucunda bugün halen odak noktası olan bilişsel işlev bozukluklarının bu hastalıktaki merkezi yerini ortaya koymuştu (108,109).

Bu alanda ilk modern adım, 1945 yılında Rappaport ve arkadaşları tarafından Psikolojik Tanısal Testler başlıklı iki ciltlik bir çalışmanın yayınlanmasıdır. Bu çalışmada Rappaport, kronik şizofreni hastalarını tanımlarken, yeni bilgiler öğrenme, soyutlama yetisi ve zihinsel işlevlerin daha ayrıntılı etkinliklerinde güçlük yaşamalarının yanı sıra, bu hastaların en büyük yetersizliklerinin yargılama, dikkat, yoğunlaşma, planlama yetisi ve ön görebilme yetisi ile ilgili olduğunu belirtmiştir. Bu bulguları psikanalitik olarak yorumlamış olsalar da; Rappaport grubunun deneysel verileri bugünün verileri ile uyumludur (108,109)

Şizofrenide bilişsel işlev bozukluğuna son yıllarda ilginin bu kadar artmış olması, bu bozukluğun sosyal, mesleki, akademik işlevselliğin en önemli yordayıcısı olmasındandır. Şizofrenide hastalık gidişinin en önemli belirteçlerinden birinin de bilişsel işlev bozukluğu olduğu düşünülmektedir(110, 111, 112).

Yürütücü işlevler, sözel akıcılık, bilgi işleme hızı ve dikkat en çok etkilenen öğelerdendir. Bu işlev bozukluklarının şizofreni için farklı endofenotipler tanımlayabileceği düşünülmüşse de şu ana kadar yapılan çalışmalar yetersizdir (113). Şizofrenideki bilişsel işlev bozukluğu diğer psikiyatrik hastalıklardan daha şiddetli olmasına rağmen şizofreni için özgül bir bilişsel test henüz mevcut değildir (114).

Nöro-gelişimsel, nöro-dejeneratif süreç ikilemi açısından ele alındığında, günümüzde şizofreninin daha çok bir nöro-gelişimsel hastalık olduğu ve hastalığın in utero nöron migrasyon kusuru ile bağlantılı olduğu göz önüne alınırsa, şizofrenide bilişsel işlev bozukluğunun hastalık başından itibaren var olması beklenir (115,116).

Şizofrenide bilişsel işlevleri uzunlamasına olarak izleyen çalışmalar, Szöke ve arkadaşları tarafından önemli bir meta-analizde değerlendirilmiştir (113). Hafıza, yürütücü işlevler ve dikkat, meta-analize giren 53 çalışmanın tümünde değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, diğer çalışmalarla uyumlu olarak şizofreni hastalarında progresif bir bilişsel işlev kaybı saptanmamıştır. Hatta bazı alt testlerde zamanla düzelme saptansa da bu durum, bilişsel iyileşmeden ziyade öğrenme etkisi ile açıklanmıştır.

BÖLÜM 4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. ÇALIŞMA GRUBU

Araştırma örneklemine CBÜTF Psikiyatri psikoz polikliniği ile Manisa Ruh ve Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi polikliniğine başvuran, Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden yardım alan DSM-4 TR' ye göre şizofreni tanısı olan, 18-65 yaş arası, son 6 aydır psikotik alevlenme ile hastaneye yatırılmamış olan ve herhangi bir nörolojik (Organik beyin hastalığı) hastalığı veya, mental retardasyonu olmayan, hem kendisi hem de yakını çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar alındı. Etik kurul onayı alımını takip eden 4 aylık süre içerisinde CBÜTF Psikiyatri Psikoz Polikliniğine başvuran hastalar, her ayın 3, 13 ve 23. günlerinde MRSHH polikliniğine başvuran ve Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden yardım alan ve çalışmaya katılma koşullarını karşılayan hastalar, çalışmanın örneklemini oluşturdular. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre idi, hastalara herhangi bir ücret ödenmedi. Bu araştırma sırasında psikiyatrik muayene, uygulanacak ölçekler için hasta ve yakınlarından hiçbir ücret istenmedi.

Hasta için araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 1-) DSM-IV-TR'ye göre şizofreni tanısı olmak,
- 2-) 18-65 yaş arasında olmak.
- 3-) Hastalık belirtilerinin en az bir yıl önce başlaması.
- 4-) Çalışmaya katılmayı kabul etmesi.

Hasta için araştırmadan dışlama kriterleri

- 1-) Son altı ay içerisinde, psikotik alevlenme nedeniyle hastane yatışı olması
- 2-) Mental retardasyonu olması
- 3-) Organik beyin hastalığı, demans benzeri herhangi bir nörolojik hastalığı olması.
- 4-) Görüşme yapmaya ya da ölçeklerin uygulanmasına engel bir durum olması.

Hasta yakını için araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 1-) Hastanın bakımından sorumlu olma.
- 2-) 18 yaşını doldurmuş olma.
- 3-) Çalışmaya katılmayı kabul etme.

Hasta yakını için araştırmadan dışlama kriterleri

- 1-) Görüşme yapmaya ya da ölçeklerin uygulanmasına engel bir durum olması (konuşma zorluğu,... vb.).
- 2-) Zeka geriliği, demans gibi bir hastalığı olması.

4.2. UYGULAMA

4.2.1. YÖNTEM

Çalışma alanı: CBÜTF Psikiyatri psikoz polikliniği, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi psikiyatri polikliniği ve Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezi.

Çalışma örnekleme: Araştırma örneklemini; CBÜTF Psikiyatri psikoz polikliniği ile Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi polikliniğine başvuran, Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden yardım alan, hastalar ve birincil bakıcı konumundaki yakınları oluşturmuştur. Etik kurul onayı alımını takip eden 4 aylık süre içerisinde CBÜTF Psikiyatri Psikoz Polikliniğine başvuran, her ayın 3,13 ve 23. günlerinde MRSHH polikliniğine başvuran ve Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden yardım alan ve çalışmaya katılma koşullarını karşılayan hastalar ve hasta yakınları çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

İşlem: Hasta ve hasta yakınlarına araştırma hakkında bilgi verilip, aydınlatılmış onamları yazılı olarak alınmıştır. DSM-IV-TR Şizofreni tanı kriterleri sorgulanıp, Şizofreni tanısı alan ve çalışmaya katılma koşullarını karşılayan hasta ve yakınlarına ölçekler uygulanmıştır.

4.3. ARAÇLAR

4.3.1 DSM-4- 1. eksen hastalıkları için yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesi (SCID)

- DSM-IV'e göre eksen I ruhsal bozuklukların tanısını araştırmak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir görüşme aracıdır.
- Altı modülden oluşmaktadır. DSM-IV Eksen-I'de yer alan 38 bozukluğu tanı ölçütleriyle, 10 tanesini ise tanı ölçütleri olmadan araştırmakta ve uygulama ortalama 25 -60 dakika sürmektedir.
- First ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen ve dünyada yaygın kullanım alanı bulan bu görüşme aracının Türkçeye uyarlaması ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.
-

4.3.2. Sosyodemografik Bilgi Formu

Hastaların sosyodemografik verilerini ve hastalık bilgilerini almaya yönelik hazırlanmış formdur. Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, içeriğinde

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Eğitim düzeyi
- Meslek
- Sosyo-ekonomik düzey
- Sosyal güvence
- Yaşadığı yer
- Hastalığın başlangıç yaşı
- Hastalık süresi,
- Hastaneye giriş sayısı,
- Almakta olduğu ilaç tedavisi
- Bakımveren ve hasta arasındaki ilişkinin biçimi (Anne,baba,eş,kardeş),

Bakımverenin eğitim seviyesi, Aile tipi (Çekirdek, geniş) ile ilgili bilgi verir

4.3.3 Camberwell İhtiyaçları Değerlendirme Ölçeği (CİDÖ) (CAN)

22 alt başlıktan oluşan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. 20,21 altbaşlıktan oluşan versiyonları vardır. Alt başlıkları; ikamet, yerleşim, iş uğraşı, özgül psikotik belirtiler, psikolojik sorunlar, hastanın genel durumu ve tedaviyle ilgili özet bilgi düzeyi, ilaçlar, yiyecekler, ev işleriyle ilgili beceriler, özbakım ve görünüm, özgüvenlik, diğerlerinin güvenliği, para, çocukbakımı, bedensel sağlık, alkol, temel eğitim, ilişkiler, telefon, ulaşım, güvenceler, cinsellik. Dünyada ihtiyaç analizi konusunda doğu ve batı ülkelerinde psikiyatrik araştırmalarda en sık kullanılan değerlendirme ölçeğidir. Ayrıca ölçeğin dünyada bir çok örneğinin olması farklı ülkelerin sonuçları ile elde ettiğimiz verilerin karşılaştırılabilmesini sağlayacaktır. Soygür ve ark. tarafından türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.

4.3.4. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği(AAYÖ) (PFBS)

Şizofreni tanılı üyesi olan ailelerde ailenin yükünü değerlendirmek amacıyla Levene ve arkadaşları(1996) tarafından geliştirilmiştir. 24 maddeden oluşan ölçek hasta yakınları tarafından doldurulmaktadır. Özel,nesnel ve toplam puan olmak üzere 3 alt skoru vardır.Nesnel puan son bir ay içinde hastalıktan kaynaklanan davranışların(yemek reddi,ilaç reddi,anlamsız konuşmalar gibi)sayısına,özel puan söz konusu davranışların hasta yakınına ne ölçüde rahatsızlık verdiğine göre hesaplanır.Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır.(Gülseren ve ark. 2007)

4.3.5. Pozitif ve Negatif Belirtiler Ölçeği (PNBÖ) (PANSS)

Şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler, genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek için uygulanır. Temel uygulama grubu şizofreni veya diğer bir psikotik bozukluğu olan hastalardır.Toplam 30 maddeden oluşmaktadır.Yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içermektedir.Bu 30 maddenin 18'i Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği(Brief Psychiatric Rating Scale,Overall ve Gorham 1962),12'si ise Psikopatoloji Değerlendirme Ölçeğinden(Psychopathology Rating Scale, Singh ve Kay 1975) uyarlanmıştır.Maddelerin 7 tanesi pozitif belirtileri, 7 tanesi negatif belirtileri,16 tanesi ise genel psikopatoloji belirtilerini içermektedir.Ölçeği geliştirenler

Kay SR,Fiszbein A, Opler LA;Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği
Kostakoğlu E,Batur S,Tiryaki A,Göğüş A.Türk Psikoloji Dergisi1999;14(44):23-32

4.3.6. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (BSPÖ) (PSP)

Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalarda sosyal işlevselliğin pratik bir biçimde ölçülmesini sağlar.Hem klinik izlemde,hem de ilaç çalışmalarında birden fazla ölçüm ile boylamsal(uzunlamasına) izlemde yarar sağlamaktadır.Şizofreni,bipolar bozukluk,obsesif kompulsif bozukluk başta olmak üzere ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara uygulanır.PSP 1 ile 100 arasında bir bireysel ve sosyal işlevsellik puanı verir ve yüksek puan iyi işlevselliği gösterir.Bu genel değerlendirme üç basamakta yapılır.Birinci basamakta dört boyutta altı sıralı(yok ile çok şiddetli arasında) değerlendirme ile işlevsellik düzeyi belirlenir.Bu dört boyut sosyal açıdan yararlı etkinlikler,bireysel ve sosyal ilişkiler,öz bakım ve rahatsız edici ve saldırgan davranışlar boyutlarıdır.Her bir boyut değerlendirildikten sonra ,bu boyutların bozulma ve derecelerinin kombinasyonlarına göre her biri 0 ile 10 puan arasında değerlendirmeler yapılır.Bu değerlendirmeler için ayrıntılı bir yönerge bulunmaktadır.Buradan yola çıkarak klinisyenin genel yargısını da hesaba katan bir işlevsellik puanı verilir.Ölçeği geliştirenler Morosini PL,Magliano L,Brambilla L,Ugolini S,Pioli R'dir.Ölçeği Türkçe forma uyarlayanlar Ömer Aydemir,Alp Üçok,Ayşen Esen Danacı,Tarık Canpolat,Gülşah Karadayı,Birgül Emiroğlu,Fatih Sarıöz'dür.

4.3.7. Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği; (ŞYNÖ)

Şizofreni hastalarının, kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişilerarası ilişkilerinin niteliğini, mesleki rollerdeki üretkenliklerini ve günlük aktivitelerini değerlendirir.

Yaşam Nitelikleri Ölçeği ilk olarak Heinrich ve arkadaşları tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği 2000 yılında Haldun Soygür tarafından yapılmıştır. Araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik kat sayısı 0.94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin kuramsal temelini şizofreninin "kayıp" sendromu oluşturmaktadır. Ölçekte yer alan 21 madde, şizofreninin "kayıp" sendromundan köken almakta ve kavramsal olarak aşağıdaki dört boyuttan birinin kapsamına girmektedir:

- I. Kişiler arası ilişkiler (1-8),
- II. Mesleki rol (9-12),
- III. Ruhsal bulgular (13-17, 20-21),
- IV. Günlük eşya kullanımı ve faaliyetler (18-19)

Yaşam niteliği düzeyinin saptanması, uygulanan hizmet ve tedavinin sonuçlarını değerlendirebilme olanağı sunar. Ölçek hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişilerarası ilişkilerinin niteliğini ve mesleki rollerdeki üretkenliklerini ölçmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yaşam ve niteliğinin yüksek ve uyumun iyi ya da bozulmamış olduğunu yansıtırken, düşük puanlar yaşam niteliğinin düşük ve uyumun kötü ya da bozuk olduğunu gösterir.

4.3.8 Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği; (CŞDÖ)

Şizofreni bulunan hastalarda depresyon yönünden değerlendirme yapmak ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için uygulanır. Toplam 9 maddeden oluşup, dördümlük likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun geçerlik-güvenilirlik çalışması Aydemir Ö, Esen Danacı A, Deveci A, İçelli İ tarafından gerçekleştirilmiştir.

4.4 İstatistik

Veriler SPSS 15.00 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bağımsız İki grup oluşturan tanımlayıcı değişkenlerin; toplam ihtiyaç sayısı ve karşılanmamış ihtiyaç sayısı açısından karşılaştırılması için; grupların dağılımları ve varyansları uygun koşulları sağlıyorsa, Bağımsız Gruplar için t testi uygulanmıştır. Grupların dağılımları ve varyanslarının uygun koşulları sağlamaması durumunda, testin non-parametrik karşılığı Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

İkiden fazla sayıda bağımsız grup oluşturabilen tanımlayıcı veya sıralayıcı değişkenlerin toplam ihtiyaç sayısı ve karşılanmamış ihtiyaç sayısı açısından karşılaştırılması için; grupların dağılımları ve varyansları uygun koşulları sağlıyorsa, tek yönlü ANOVA(varyans analizi) uygulanmıştır. Grupların dağılımları ve

varyanslarının uygun koşulları sağlamaması durumunda, testin non-parametrik karşılığı Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Bağımlı iki grup ortalamalarının karşılaştırılması için; (toplam ihtiyaç sayısı ve karşılanmamış ihtiyaç sayısı açısından hasta ve bakımveren gözlemlerinin karşılaştırılması için) grupların dağılımları uygunsa, Bağımlı Gruplar için t testi uygulanmıştır. Grup dağılımlarının parametrik koşulları sağlamaması durumunda, testin non-parametrik karşılığı Wilcoxon testi uygulanmıştır.

Her bir ihtiyaç alanı için, hasta ve bakımveren arasındaki uyumu değerlendirmek için McNemar testi, bu uyumun derecesini belirleyebilmek için Cohen kappa testi yapılmıştır.

Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin yönünün ve düzeyinin belirlenmesinde pearson bağıntı analizi yapılmıştır. Sıralayıcı değişkenlerle sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin yönünün ve düzeyinin belirlenmesinde spearman bağıntı analizi yapılmıştır.

Sosyo-demografik ve klinik değişkenler ile ihtiyaçların ve karşılanmamış ihtiyaçların arasındaki ilişkiyi kurmak, ihtiyaçların ve karşılanmamış ihtiyaçların öngörücü değişkenlerinin belirlenebilmesi için, Çoklu doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır. Bağımsız değişken seçme ve eleme yöntemi olarak, stepwise yöntemi seçilmiştir.

Her bir ihtiyaç alanı için, ihtiyaç olup-olmaması ile tanımlayıcı değişkenler arasındaki ilişki için Ki-Kare testi uygulanmıştır. 3*2 tablolarda anlamlılık için Pearson Ki-Kare değerleri; 2*2 tablolarda, Anlamlılık için Yates düzeltmesi yapılmış Ki-Kare değerleri esas alınmıştır. Gözlerde beşten küçük beklenen değer olması durumunda, Fisher testi anlamlılık için esas alınmıştır. Her bir ihtiyaç alanı için, ihtiyaç olup-olmaması ile sayısal değişkenler arasındaki ilişki için bağımsız gruplar için t testi veya non-parametrik karşılığı Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

Her bir ihtiyaç alanı için, ihtiyaç olup-olmamasıyla, Sosyo-demografik ve klinik değişkenler arasındaki ilişkiyi kurmak için lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

BÖLÜM 5. BULGULAR

TANIMLAYICI TABLOLAR

Tablo 1: Hastalara ait Sayısal değişkenler

Hastalara ait Sayısal değişkenler	Hasta sayısı	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	94	19,00	64,00	42,3617	12,02851
Eğitim yılı	94	,00	15,00	8,7128	3,69138
Çocuk Sayısı	94	,00	4,00	,5213	1,00246
Hastalık Başlangıç yaşı	90	14,00	52,00	24,7333	8,67231
Hastalık Süresi	90	3,00	42,00	17,0000	10,82756
Hastane Yatış Sayısı	88	,00	20,00	4,6250	3,95757
Kullandığı Psikiyatrik İlaç Sayısı	91	1,00	7,00	2,6703	1,02258
Kullandığı Anti_Psikotik İlaç Sayısı	91	1,00	4,00	1,7473	,72408

Hastaların yaş aralığı 19-64 arasında değişmekte olup, ortalama hasta yaşı 42,36 yıl $\pm$ 12,02 yıldır.

Hastaların eğitim yılı 0-15 arasında değişmekte olup, ortalama eğitim yılı 8,7 yıl $\pm$ 3,69 yıldır.

Hastaların çocuk sayısı 0-4 arasında değişmekte olup, ortalama çocuk sayısı 0,52 $\pm$ 1,00'dir.

Hastalık başlangıç yaşı 14-52 arasında değişmekte olup, ortalama hastalık başlangıç yaşı 24,73 yıl $\pm$ 8,67 yıldır.

Hastalık süresi 3-42 yıl arasında değişmekte olup ortalama hastalık süresi 17 yıl $\pm$ 10,82 yıldır.

Toplam Hastaneye yatış sayısı 0- 20 arasında değişmekte olup, ortalama hastaneye yatış sayısı 4,62 $\pm$ 3,95'dir.

Kullandığı psikiyatrik ilaç sayısı 1-7 arasında değişmekte olup, ortalama kullandığı psikiyatrik ilaç sayısı $2,67 \pm 1,02$ 'dir.

Kullandığı anti-psikotik ilaç sayısı 1-4 arasında değişmekte olup, ortalama kullandığı anti-psikotik ilaç sayısı $1,74 \pm 0,72$ 'dir.

Tablo 2: Hastaya ait binominal Tanımlayıcı değişkenler

	Hasta Sayısı	Yüzdesi	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Cinsiyet				
Kadın	29	30.9	30.9	30.9
Erkek	65	69.1	69.1	69.1
Toplam	94	100	100	100
Çocuk Sahibi olma				
Evet	24	25,5	25,5	25,5
Hayır	70	74,5	74,5	74,5
Toplam	94	100	100	100
Halen Çalışma durumu				
Evet	16	17	17	17
Hayır	78	83	83	83
Toplam	94	100	100	100
Aile Tipi	Hasta Sayısı	Yüzdesi	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Çekirdek	81	86,2	86,2	86,2
Geniş	13	13,8	13,8	13,8
Toplam	94	100	100	100
Anti-depresan Kullanımı				
Anti-depresan Kullanımı		Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde

Evet	18	19,1	19,8	19,8
Hayır	73	77,7	80,2	80,2
Toplam	91	96,8	100	100

Çalışmaya katılan 94 hastanın, 29'unu (%30,3) kadınlar, 65'ini (%69,7) erkekler oluşturmaktaydı.

Hastaların 24 tanesi (%25,5) çocuk sahibi iken, 70'inin (%74,5) çocuğu yoktu.

Hastaların 16 tanesi (%17) halen çalışırken, 78'i (%83) çalışmamaktaydı.

Hastaların 13 tanesinin (%13,8) aile tipi geniş, 81'inin (%86,2) aile tipi çekirdekti

Hastaların 18 tanesi (%19,1) anti-depresan kullanırken, 73'ü (%77,7) anti-depresan kullanmamaktaydı.

Tablo 3: Hastaya ait tanımlayıcı değişkenler

	Hasta Sayısı	Yüzdesi	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Medeni durum				
Evli	19	20,2	20,2	20,2
Bekar	58	61,7	61,7	81,9
Boşanmış	17	18,1	18,1	100
Toplam	94	100	100	
Yaşam şekli				
Anne-baba	37	39,4	39,4	39,4
Eş-çocuk	16	17,0	17,0	56,4
Kardeş	3	3,2	3,2	59,6
Bakımevi	35	37,2	37,2	96,8
Yalnız	3	3,2	3,2	100,0
Toplam	94	100,0	100,0	
İzlendiği hastane tipi				
Üniversite Hastanesi	35	37,2	37,2	37,2

Toplum Ruh Sağlığı Mer.	20	21,3	21,3	58,5
Büyük Depo Hastane	39	41,5	41,5	100,0
Toplam	94	100,0	100,0	
Yetiştği yer				
Şehir	50	53,2	53,2	53,2
İlçe-kasaba	30	31,9	31,9	85,1
Köy	14	14,9	14,9	100,0
Toplam	94	100,0	100,0	
Yaşadığı yer				
Şehir	56	59,6	59,6	59,6
İlçe-kasaba	35	37,2	37,2	96,8
Köy	3	3,2	3,2	100,0
Toplam	94	100,0	100,0	

Çalışmaya katılan 94 hastanın; 19'u (%20,2) evli, 58'i (%61,7) bekar, 17'si(%18,1) boşanmıştı.

37 tanesi (%39,2) anne-babasıyla yaşamakta iken, 16 tanesi(%17) eş-çocukları ile, 3'ü (%3,2) kardeşi ile, 35(%37,2) tanesi bakımevlerinde, 3'ü de (%3,2) yalnız yaşamaktaydı.

35 tanesi(%37,2)üniversite hastanesinden, 20 tanesi(%21,3) Toplum Ruh Sağlığı merkezinden, 39 tanesi (%41,5) büyük depo hastaneden ruh sağlığı hizmeti almaktaydı.

50 tanesi (%53,2)şehirde yetişmiş, 30 tanesi(%31,9) ilçe ve kasabada yetişmiş, 14 tanesi (%14,9) köyde yetişmişti.

56 tanesi(%59,6) şehirde yaşamakta, 35 tanesi(%37,2) ilçe ve kasabada yaşamakta, 3 tanesi(%3,2) köyde yaşamaktaydı.

Tablo 4: Hastaya ait tanımlayıcı ve sıralayıcı değişkenler

	Hasta Sayısı	Yüzdesi	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Eğitim Durumu				
Okur-yazar	5	5,3	5,3	5,3
İlkokul mezunu	30	31,9	31,9	37,2
Ortaokul mezunu	19	20,2	20,2	57,4
Lise mezunu	26	27,7	27,7	85,1
Üniversitemezunu	14	14,9	14,9	100,0
Toplam	94	100,0	100,0	
Sosyo-ekonomik Düzey				
Düşük	39	41,5	41,5	41,5
Orta	48	51,1	51,1	92,6
Yüksek	7	7,4	7,4	100,0
Toplam	94	100,0	100,0	
Sosyal Güvence				
SGK	37	39,4	39,4	39,4
Yeşilkart	11	11,7	11,7	51,1
Yok	46	48,9	48,9	100,0
Total	94	100,0	100,0	

Çalışmaya katılan 94 hastanın, 5'i (%5,3) okur-yazar, 30'u (%31,9) ilkokul mezunu, 19'u (%20,2) ortaokul mezunu, 26'sı (%27,7) lise mezunu, 14'ü (%14,9) üniversite mezunuydu.

39'unun (%41,5) sosyo-ekonomik düzeyi düşük, 48'inin (%51,1) orta, 7'sinin (%7,4) yüksekti.

37'sinin (%39,4) sosyal güvencesi SGK, 11'inin (%11,7) yeşilkart, 46'sinin (%48,9) sosyal güvencesi yoktu.

Tablo 5: Hastaların meslek dağılımı

	Hasta Sayısı	Yüzdesi	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Meslek				
Ev Hanımı	8	8,5	8,5	8,5
Öğrenci	1	1,1	1,1	9,6
İşçi	13	13,8	13,8	23,4
Memur	5	5,3	5,3	28,7
Esnaf	4	4,3	4,3	33,0
Yevmiyeli çalışan	11	11,7	11,7	44,7
Üniversite diplomalı işler	8	8,5	8,5	53,2
Çiftçilik	5	5,3	5,3	58,5
Emekli	8	8,5	8,5	67
Mesleği yok	31	33,0	33,0	100,0
Toplam	94	100,0	100,0	

Çalışmaya katılan 94 hastanın, 8'i (%8,5)ev hanımı, 1'i(%1,1) öğrenci, 13'ü (%13,8)işçi, 5'i (%5,3)memur, 4'ü (%4,3)esnaf, 11'i (%11,7)iş buldukça yevmiyeli çalışan, 8'i (%8,5)öğretmen, doktor...vb. üniversite diploması gerektiren işlerde çalışan, 5'i (%5,3)çiftçi, 8'i(%8,5) emekli, 31'ininse (%33)mesleği yoktu.

Tablo 6: Bakımverene ait tanımlayıcı özellikler

	Hasta Sayısı	Yüzdesi	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Bakımveren				
Anne	24	25,5	25,5	25,5
Baba	9	9,6	9,6	35,1
Eş	13	13,8	13,8	48,9
Çocuk	3	3,2	3,2	52,1
Kardeş	8	8,5	8,5	60,6
Bakımevi çalışanı	35	37,2	37,2	97,9
Uzak akraba	2	2,1	2,1	100,0
Toplam	94	100,0	100,0	
Bakımverenin Eğitimi				
Okur-yazar değil	5	5,3	5,3	5,3
Okur-yazar	4	4,3	4,3	9,6
İlkokul mezunu	26	27,7	27,7	37,2
Ortaokul mezunu	13	13,8	13,8	51,1
Lise mezunu	39	41,5	41,5	92,6
Üniversite mezunu	7	7,4	7,4	100,0
Toplam	94	100,0	100,0	

Çalışmaya katılan hasta ve bakımverenler arasındaki ilişkiye bakıldığında, Hastaların 24'ünün (%25,5) bakımvereni annesi, 9'unun(%9,6) babası, 13'ünün (%13,8)eşi, 3'ünün(%3,2) çocuğu, 8'inin (%8,5) kardeşi, 2'sinin(%2,1) uzak akrabası, 35'inin(%37,2) bakımevi çalışanıdır.

Bakıverenlerin eğitim durumu değerlendirildiğinde, 5'i(%5,3) okuryazar değil, 4'ü (%4,3)okuryazar, 26'sı(%27,7) ilkokul mezunu, 13'ü(%13,8) ortaokul mezunu, 39'u(%41,5) lise mezunu, 7'si(%7,4) üniversite mezunudur.

Tablo 7: Bireysel Sosyal Performans Ölçeği (BSPÖ)-(PSP) puanları.

	Hasta sayısı	Min.	Max.	Ortalama	Standart hata	Standart sapma
PSP-Toplam Puan	94	20,00	95,00	58,0851	1,89085	18,33245

Hastaların BSP ölçeği ile değerlendirilen işlevsellik puanları 20-95 arasında değişmekte olup, ortalaması $58,08 \pm 18,33$ 'dür. Ortalamanın standart hatası $\pm 1,89$ 'dur.

Tablo 8: Hastaların klinik belirti ölçekleri

Hastaların Pozitif Negatif Belirtiler Ölçeği Puanları,(PNBÖ) (PANSS)

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği puanları.

	Hasta sayısı	Min.	Max.	Ort.	Std. Hata	Std. Sapma
CALGARY	94	,00	12,00	1,9043	,31185	3,02345
PANSS-pozitif	94	7,00	25,00	11,7553	,48157	4,66902
PANSS-negatif	94	7,00	34,00	13,0638	,57731	5,59725
PANSS-Genel psikopatoloji	94	16,00	53,00	22,6064	,67087	6,50429
PANSS-Toplam	94	30,00	109,00	47,4255	1,44062	13,9673

Hastaların Calgary şizofrenide depresyon puanları 0-12 arasında değişmekte olup, ortalaması $1,90 \pm 3,02$ 'dir. Ortalamanın standart hatası 3,11'dir.

Hastaların PANSS pozitif belirtiler puanları, 7-25 arasında değişmekte olup, ortalaması $11,75 \pm 4,66$ 'dır. Ortalamanın standart hatası 0,48'dir.

Hastaların PANSSÖnegatif belirtiler puanları, 7-34 arasında değişmekte olup, ortalaması $13,06 \pm 5,59$ 'dır. Ortalamanın standart hatası 0,57'dir.

Hastaların PANSS genel psikopatoloji puanları, 16-53 arasında değişmekte olup, ortalaması $22,60 \pm 6,50$ 'dır. Ortalamanın standart hatası 0,67'dir.

Hastaların PANSS toplam puanları, 30-109 arasında değişmekte olup, ortalaması $47,42 \pm 13,96$ 'dır. Ortalamanın standart hatası 1,44'dür.

Tablo 9: Bakımverenlerin Algılanan Aile Yüğü Ölçeği puanları

	Hasta Sayısı	Min.	Max.	Ort.	Std. Hata	Stand. Sapma
Aile-Yüğü Subjektif	94	,00	64,00	11,8723	1,13595	11,01342
Aile-Yüğü Objektif	94	,00	24,00	5,1596	,41569	4,03027
Aile-Yüğü Toplam	94	,00	88,00	17,0319	1,54046	14,93531

Hastaların ortalama algılanan aile yüğü subjektif puanları 0-64 arasında değişmekte olup, ortalaması $11,87 \pm 11,01$ 'dir. Ortalamanın standart hatası $\pm 1,13$ 'dür.

Hastaların ortalama algılanan aile yüğü objektif puanları 0-24 arasında değişmekte olup, ortalaması $5,15 \pm 4,03$ 'dür. Ortalamanın standart hatası $\pm 4,15$ 'dir.

Hastaların ortalama algılanan aile yüğü toplam puanları 0-88 arasında değişmekte olup, ortalaması $17,03 \pm 14,93$ 'dür. Ortalamanın standart hatası $\pm 1,54$ 'dir.

Tablo 10: Şizofreni hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği puanları.

	Hasta sayısı	Min.	Max.	Ort.	Std. Hata	Stand. Sapma
Kişiler Arası İlişkiler	94	8,00	45,00	23,7553	,79184	7,67721
Mesleki Rol	94	4,00	24,00	13,1170	,53345	5,17200
Günlük Eşya	94	3,00	12,00	6,8723	,22396	2,17134
Ruhsal Bulgular	94	10,00	40,00	25,6489	,66770	6,47361
Toplam Puan	94	25,00	119,00	69,3936	2,02717	19,6541

Hastaların Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği toplam puanı 25-119 arasında değişmekte olup, toplam puan ortalaması $69,39 \pm 19,65$ 'dir. Ortalamanın standart hatası $\pm 2,02$ 'dir.

Hastaların Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği-kişilerarası ilişkiler alt başlığı puanları 8-45 arasında değişmekte olup, ortalaması $23,75 \pm 7,67$ 'dir. Ortalamanın standart hatası $\pm 0,79$ 'dur

Hastaların Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği-mesleki rol alt başlığı puanları 4-24 arasında değişmekte olup, ortalaması $13,11 \pm 5,17$ 'dir. Ortalamanın standart hatası $\pm 0,53$ 'dur.

Hastaların Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği-günlük eşya alt başlığı puanları 3-12 arasında değişmekte olup, ortalaması $6,87 \pm 2,17$ 'dir. Ortalamanın standart hatası $\pm 0,22$ 'dir.

Hastaların Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği-ruhsal bulgular alt başlığı puanları 10-40 arasında değişmekte olup, ortalaması $25,64 \pm 6,47$ 'dir. Ortalamanın standart hatası $\pm 0,66$ 'dır.

Tablo 11:Hastaların ve bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç, karşılanmış ihtiyaç ve karşılanmamış(eksik) ihtiyaç değerleri.

	Hasta sayısı	Min.	Max.	Ort.	Std. Hata	Std. Sapma
Hastanın Belirlediği Toplam İhtiyaç	94	2,00	14,00	6,2234	,24583	2,38343
Hastanın Belirle. Karşılanmış İhtiyaç	94	,00	12,00	4,1809	,22686	2,19952
Hastanın Belirle. Karşılanmamış İhtiyaç	94	,00	9,00	2,0426	,19247	1,86602
Bakımverenin Belirlediği Toplam İhtiyaç	94	2,00	12,00	6,2979	,21962	2,12931
Bakımveren Bel. Karşılanmış İhtiyaç	94	,00	11,00	4,6596	,24555	2,38072
Bakımveren Bel. Karşılanmamış İhtiyaç	94	,00	8,00	1,6383	,19538	1,89425

Hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısı 2-14 arasında değişmekte olup, ortalaması 6,22±2,38'dir. Ortalamanın standart hatası ±0,24 'dür.

Hastaların belirlediği karşılanmış ihtiyaç sayısı 0-12 arasında değişmekte olup, ortalaması 4,18±2,19'dir. Ortalamanın standart hatası ±0,22 'dür.

Hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı 0-9 arasında değişmekte olup, ortalaması 2,04±1,86'dir. Ortalamanın standart hatası ±0,19 'dür.

Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı 2-12 arasında değişmekte olup, ortalaması $6,29 \pm 2,12$ 'dir. Ortalamanın standart hatası $\pm 0,21$ 'dür.

Bakımverenlerin belirlediği karşılanmış ihtiyaç sayısı 0-11 arasında değişmekte olup, ortalaması $4,65 \pm 2,38$ 'dir. Ortalamanın standart hatası $\pm 0,24$ 'dür.

Bakımverenlerin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı 0-8 arasında değişmekte olup, ortalaması $1,63 \pm 1,89$ 'dir. Ortalamanın standart hatası $\pm 0,19$ 'dur.

İhtiyaçlarla ilgili bütün tanımlayıcı tablolarda (N= Hasta sayısı)

Tablo 12:Her bir ihtiyaç alanına göre, hastaların belirlediği toplam, karşılanmış ve karşılanmamış ihtiyaçların dağılımı

Hastaya göre	Toplam İhtiyaç		Karşılanm İhtiyaç		Karşılanmayan İhtiyaç	
	N	%	N	%	N	%
Özgöl psikotik belirtiler	84	89,4	72	76,6	12	12,8
Ev işleri ile ilgili beceriler	64	68,1	58	61,7	6	6,4
İlişkiler	59	62,8	35	37,2	24	25,5
Günlük aktivite, uğraşı, iş	54	57,4	41	43,6	13	13,8
Psikolojik sorunlar	54	57,4	39	41,5	15	16
Para	40	42,6	4	4,3	36	38,3
Özgüvenlik	39	41,5	24	25,5	15	16
Yiyecek ve öğünler	36	38,3	31	33	5	5,3
Yerleşim yeri	36	38,3	19	20,2	17	18,1
Bedensel sağlık	22	23,4	17	18,1	5	5,3
Güvenceler	17	18,1	4	4,3	13	13,8
Diğerlerinin güvenliği	16	17	12	12,8	4	4,3
Telefon	15	16	8	8,5	7	7,4
Temel Eğitim	10	10,6	7	7,4	3	3,2
Hastanın genel durumu, tedavisi ilgili bilgi düzeyi	7	7,4	5	5,3	2	2,1
Toplu taşıma araçları	5	5,3	4	4,3	1	1,1
Reçete edilmeyen ilaçlar	4	4,3	2	2,1	2	2,1
Alkol	2	2,1	1	1,1	1	1,1
Çocuk bakımı	2	2,1	0	0	2	2,1
Özbakım ve görünüm	1	1,1	1	1,1	0	0

Çalışmamızda en sık olarak bulunan ihtiyaç alanı psikotik belirtiler.Psikotik belirtiler dışında, ev işleri ile ilgili beceriler, ilişkiler, günlük aktivite-uğraşı-iş, psikolojik

sorunlar diğ er en sık bulunan ihtiyaç alanlarını oluşturmaktadır. Para, öz-güvenlik, yerleşim yeri, yiyecek ve öğ ünler diğ er en sık belirlenen ihtiyaç alanlarıdır.

Hastaların en sık olarak belirttikleri karşı lanan ihtiyaçları, sıklık sırasına göre: “Psikotik belirtiler, ev-iş leri ile ilgili beceriler, günlük aktivite-uğ raşı-iş , psikolojik sorunlar” oluşturmaktadır.

En sık belirlenen karşı lanmamış ihtiyaç alanları hastaya göre “para ve ilişkiler” Bu iki alanda hastaların %20’den fazlası karşı lanmamış ihtiyaç belirlemiş “Yerleşim yeri, öz-güvenlik, psikolojik sorunlar” hastaların %15’den fazlasının, “Güvenceler, günlük aktivite-uğ raşı-iş , psikotik semptomlar ” hastaların %10’dan fazlasının karşı lanmamış ihtiyaç belirlediğ i alanlar. Diğ er on iki ihtiyaç alanında karşı lanmamış ihtiyaç sıklığ ı %10’un altındadır.

Tablo 13: Hastaların ihtiyaç belirlemesi durumunda, karşılanmış ve karşılanmamış ihtiyaçların yüzdesi

Hastaya göre	Toplm İhtiyaç	Karşılanan İhtiyaç		Karşılanmayan İhtiyaç	
	N	N	%	N	%
Özgöl psikotik belirtiler	84	72	85,7	12	14,3
Ev işleri ile ilgili beceriler	64	58	92,1	6	7,9
İlişkiler	59	35	59,3	24	40,7
Günlük aktivite, uğraşı, iş	54	41	75,9	13	24,1
Psikolojik sorunlar	54	39	72,2	15	27,8
Para	40	4	10	36	90
Özgüvenlik	39	24	61,5	15	38,5
Yiyecek ve öğünler	36	31	86,1	5	13,9
Yerleşim yeri	36	19	52,8	17	47,2
Bedensel sağlık	22	17	77,3	5	22,7
Güvenceler	17	4	23,5	13	76,5
Diğerlerinin güvenliği	16	12	75	4	25
Telefon	15	8	53,3	7	46,7
Temel Eğitim	10	7	70	3	30
Hastanın genel durumu, tedavisi ilgili bilgi düzeyi	7	5	71,4	2	28,6
Toplu taşıma araçları	5	4	80	1	20
Reçete edilmeyen ilaçlar	4	2	50	2	50
Alkol	2	1	50	1	50
Çocuk bakımı	2	0	0	2	100
Özbakım ve görünüm	1	1	100	0	0

Yüzde 10'dan fazla ihtiyaç belirtilen alanlar arasında, "Para" %90 ile, karşılanmayan ihtiyacın toplam ihtiyaca oranında en yüksek yüzdeye sahipti. Bu alanda ihtiyaç belirten 40 hastanın 36'sı ihtiyaçlarının karşılanmadığını belirtmekteydi.

İkinci sırada %76 ile "Güvenceler" alanı gelmekteydi. "İlişkiler, yerleşim yeri, telefon" alanları da ihtiyaç varlığında %40'ın üzerinde bir oranla karşılanamamaktaydı.

Yüzde 10'dan fazla ihtiyaç belirtilen alanlar arasında, "Özgül psikotik belirtiler, ev işleri ile ilgili beceriler, yiyecek ve öğünler" ihtiyaç belirtilmesi durumunda %80'nin üzerinde bir oranla karşılanmaktaydı.

Tablo 14: Her bir ihtiyaç alanına göre, bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç, karşılanmış ihtiyaç ve karşılanmamış ihtiyaçların dağılımı.

Bakımverene göre	Toplam İhtiyaç		Karşılanan İhtiyaç		Karşılanmayan İhtiyaç	
	N	%	N	%	N	%
Özgül psikotik belirtiler	85	90,4	78	83	7	7,4
İlişkiler	70	74,5	49	52,1	21	22,3
Ev işleri ile ilgili beceriler	63	67	56	59,6	7	7,4
Günlük aktivite, uğraşı, iş	58	61,7	45	47,9	13	13,8
Psikolojik sorunlar	58	61,7	44	46,8	14	14,9
Para	41	43,6	6	6,4	35	37,2
Özgüvenlik	39	41,5	25	26,6	14	14,9
Yiyecek ve öğünler	37	39,4	36	38,3	1	1,1
Yerleşim yeri	36	38,3	35	37,2	1	1,1
Bedensel sağlık	22	23,4	17	18,1	5	5,3
Diğerlerinin güvenliği	19	20,2	12	12,8	7	7,4
Güvenceler	17	18,1	2	2,1	15	16
Hastanın genel durumu, tedavisi ilgili bilgi düzeyi	10	10,6	9	9,6	1	1,1
Telefon	10	10,6	8	8,5	2	2,1
Temel Eğitim	9	9,6	7	7,4	2	2,1
Reçete edilmeyen ilaçlar	6	6,4	3	3,2	3	3,2
Toplu taşıma araçları	5	5,3	2	2,1	3	3,2
Özbakım ve görünüm	4	4,3	2	2,1	2	2,1
Alkol	2	2,1	1	1,1	1	1,1
Çocuk bakımı	1	1,1	1	1,1	0	0

Çalışmamızda bakımverenlere göre, en sık belirlenen karşılanan ihtiyaçlar, sıklık sırasına göre: “ Psikotik belirtiler, ev işleri ile ilgili beceriler, ilişkiler, günlük aktivite-uğraşı-iş, psikolojik sorunlar “. Bu alanlarda bakımverenlere göre hastaların%60’dan fazlasının ihtiyacı vardı.

Çalışmamızda bakımverenlere göre, en sık belirlenen karşılanmayan ihtiyaçlar, sıklık sırasına göre: “Para, ilişkiler, güvenceler, psikolojik sorunlar “ Bu alanlarda bakımverenlere göre hastalar %15 ile % 37 arasında karşılanmayan ihtiyaç göstermekteydi.

Tablo 15: Bakımverenlerin ihtiyaç belirlemesi durumunda, karşılanmış ve karşılanmamış ihtiyaçların yüzdesi

Bakımverene göre	Top. İht.	Karşılanan İhtiyaç		Karşılanmayan İhtiyaç	
	N	N	%	N	%
Özgül psikotik semptomlar	85	78	91,8	7	8,2
İlişkiler	70	49	70	21	30
Ev işleri ile ilgili beceriler	63	56	90,3	7	9,7
Günlük aktivite, uğraşı, iş	58	45	77,6	13	22,4
Psikolojik sorunlar	58	44	75,9	14	24,1
Para	41	6	14,6	35	85,4
Özgüvenlik	39	25	64,1	14	35,9
Yiyecek ve öğünler	37	36	97,3	1	2,7
Yerleşim yeri	36	35	97,2	1	2,8
Bedensel sağlık	22	17	77,3	5	22,7
Diğerlerinin güvenliği	19	12	63,2	7	36,8
Güvenceler	17	2	11,8	15	88,2
Hastanın genel durumu, tedavisi ilgili bilgi düzeyi	10	9	90	1	10
Telefon	10	8	80	2	20
Temel Eğitim	9	7	77,8	2	22,2
Reçete edilmeyen ilaçlar	6	3	50	3	50
Toplu taşıma araçları	5	2	40	3	60
Özbakım ve görünüm	4	2	50	2	50
Alkol	2	1	50	1	50
Çocuk bakımı	1	1	100	0	0

Bakımverenlere göre karşılanmamış ihtiyacın belirlenen toplam ihtiyaca olan oranına baktığımızda karşılanmamış ihtiyaç alanları sıklığı ile benzer sonuçlar bulundu.

Tablo 16: Hastaların aldıkları yardım kaynaklarının dağılımı

Hastaya göre	Arkadaş ve Akrabalar. Yardımları		Yerel Yön. Yardım Alan		Yerel Yön. Yardım Almak İsteyen	
	N	%	N	%	N	%
Özgül psikotik belirtiler	69	73,4	80	85,1	79	84,1
Ev işleri ile ilgili beceriler	27	28,7	35	37,2	43	45,7
İlişkiler	48	51	34	36,2	51	54,2
Günlük aktivite, uğraşı, iş	36	38,3	38	40,4	51	54,2
Psikolojik sorunlar	44	46,8	49	52,1	51	54,2
Para	28	29,8	2	5	39	41,5
Özgüvenlik	25	26,5	28	29,8	35	37,2
Yiyecek ve öğünler	2	2,1	36	38,3	36	38,3
Yerleşim yeri	1	1,1	35	37,2	36	38,3
Bedensel sağlık	15	16	21	22,3	20	21,3
Güvenceler	10	10,6	9	9,6	16	17,1
Diğerlerinin güvenliği	13	13,8	9	9,6	12	12,8
Telefon	2	2,1	9	9,6	13	13,8
Temel Eğitim	1	1,1	7	7,4	8	8,5
Hastanın genel durumu, tedavisi ilgili bilgi düzeyi	5	5,4	4	4,3	5	5,4
Toplu taşıma araçları	4	4,3	1	1,1	4	4,3
Reçete edilmeyen ilaçlar	4	4,3	4	4,3	3	3,2
Alkol	2	2,1	0	0	2	2,1
Çocuk bakımı	0	0	0	0	2	2,1
Özbakım ve görünüm	1	1,1	0	0	0	0

“Psikotik belirtiler, ilişkiler, psikolojik sorunlar, para, günlük aktiviteler” ailelerin en çok yardım gösterdiği alanlardı. “Psikotik belirtiler, bedensel sağlık, psikolojik sorunlar, yerleşim yeri, yiyecek ve öğünler ” yerel yönetimlerin en çok yardım verdiği alanlar olarak bulundu.

Tablo 17: İhtiyaç varlığında, hastaların yardım aldığı kaynakların yüzdesi

Hastaya göre	Top. İht.	Arkadaş ve Akraba Yard. Alan		Yerel yön. Yardım Alan		Yerel yön. Yardım Almakisteyn	
	N	N	%	N	%	N	%
Özgül psikotik bel.	84	69	82,1	80	95,2	79	94
Ev işleri ile ilgili beceri.	64	27	42,2	35	54,7	43	67,1
İlişkiler	59	48	81,4	34	57,6	51	86,4
Günlük akt., uğraşı , iş	54	36	66,6	38	70,4	51	94,4
Psikolojik sorunlar	54	44	81,5	49	90,7	51	94,4
Para	40	28	70	2	5	39	97,5
Özgüvenlik	39	25	64,1	28	71,8	35	89,7
Yiyecek ve öğünler	36	2	5,6	36	100	36	100
Yerleşim yeri	36	1	2,8	35	97,2	36	100
Bedensel sağlık	22	15	68,2	21	95,5	20	90,9
Güvenceler	17	10	58,8	9	52,9	16	94,1
Diğerlerinin Güvenliği	16	13	81,3	9	56,3	12	75
Telefon	15	2	13,3	9	60	13	86,7
Temel Eğitim	10	1	10	7	70	8	80
Bilgilendirilme	7	5	71,4	4	57,1	5	71,4
Toplu taşıma araçları	5	4	80	1	20	4	80
İlaçlar	4	4	100	4	100	3	75
Alkol	2	2	100	0	0	2	100
Çocuk bakımı	2	0	0	0	0	2	100
Özbakım ve görünüm	1	1	100	0	0	0	0

Tablo 18: Bakımverenlere göre, hastaların aldıkları yardım kaynaklarının dağılımı

Bakımverene göre	Ark. Akraba Yard. Alan		Yerel yön. Yardım Alan		Yerel-yön. Yardım Almak isteyen	
	N	%	N	%	N	%
Özgül psikotik belirtiler	76	80,8	81	86,2	82	87,2
İlişkiler	51	54,3	45	47,9	65	69,1
Ev işleri ile ilgili beceriler	27	28,7	35	37,2	45	47,9
Günlük aktivite, uğraşı, iş	38	40,4	43	45,7	56	59,6
Psikolojik sorunlar	53	56,4	52	55,3	55	58,5
Para	28	29,7	5	5,3	39	41,6
Özgüvenlik	28	29,7	30	31,9	37	39,4
Yiyecek ve öğünler	1	1,1	36	38,3	37	39,4
Yerleşim yeri	1	1,1	35	37,2	36	38,3
Bedensel sağlık	15	16	21	22,3	21	22,3
Diğerlerinin güvenliği	14	15	12	12,8	16	17
Güvenceler	9	9,6	9	9,6	15	16
Hastanın genel durumu, tedavisi ilgili bilgi düzeyi	8	8,5	9	9,6	8	8,5
Telefon	2	2,1	7	7,4	9	9,6
Temel Eğitim	1	1,1	7	7,4	8	8,5
Reçete edilmeyen ilaçlar	6	6,4	4	4,3	5	5,3
Toplu taşıma araçları	3	3,2	1	1,1	5	5,3
Özbakım ve görünüm	3	3,2	1	1,1	3	3,2
Alkol	2	2,1	0	0	2	2,1
Çocuk bakımı	0	0	0	0	1	1,1

Bakımverenlere göre, hastalar, yerel yönetimlerden %86 ile en fazla yardımı “Psikotik belirtiler” alanında almaktaydı. Bunu %55 ile “Psikolojik sorunlar” ve %47 ile “İlişkiler” alanları izlemekteydi.

Bakımverenlere göre, hastalar, aile ve arkadaşlarından %80 ile en fazla yardımı “Psikotik belirtiler” alanında almaktaydı. Bunu %56 ile “Psikolojik sorunlar” ve %54 ile “İlişkiler” alanları izlemekteydi

Tablo 19: Bakımverene göre, İhtiyaç varlığında, hastaların yardım aldığı kaynakların yüzdesi

Bakımverene göre		Arkadaş Akraba Yardımları		Yerel yön. Yardım Alan		Yerel yön. Yardım almak isteyen	
	N	N	%	N	%	N	%
Özgül psikotik belirtiler	85	76	89,4	81	95,3	82	96,5
İlişkiler	70	51	72,8	45	64,3	65	92,9
Ev işleri ile ilgili beceriler	63	27	42,9	35	55,6	45	71,4
Günlük aktivite, uğraşı, iş	58	38	65,5	43	74,1	56	96,6
Psikolojik sorunlar	58	53	91,4	52	89,7	55	94,8
Para	41	28	68,3	5	12,2	39	95,1
Özgüvenlik	39	28	71,7	30	76,9	37	94,9
Yiyecek ve öğünler	37	1	2,7	36	97,3	37	100
Yerleşim yeri	36	1	2,8	35	97,2	36	100
Bedensel sağlık	22	15	68,2	21	95,5	21	95,5
Diğerlerinin güvenliği	19	14	73,7	12	63,2	16	84,2
Güvenceler	17	9	52,9	9	52,9	15	88,2
Hastanın genel durumu, tedavisi ilgili bilgi düzeyi	10	8	80	9	90	8	80
Telefon	10	2	20	7	70	9	90
Temel Eğitim	9	1	11,1	7	77,7	8	88,8
Reçete edilmeyen ilaçlar	6	6	100	4	66,7	5	83,3
Toplu taşıma araçları	5	3	60	1	20	5	100
Özbakım ve görünüm	4	3	75	1	25	3	75
Alkol	2	2	100	0	0	2	100
Çocuk bakımı	1	0	0	0	0	1	100

Bakımverenlere göre, ihtiyaç varlığında, hastalar “Psikotik belirtiler, yerleşim yeri, yiyecek ve öğünler, bedensel sağlık” alanlarında yerel yönetimlerden %90’nın üzerinde yardım almaktaydı.”Para” ise %12 ile en düşük orana sahipti.

Bakımverenlere göre, ihtiyaç varlığında, hastalar “Psikolojik sorunlar” alanında aile ve arkadaşlarından %90’nın üzerinde yardım almaktaydı.”

Tablo 20: Her bir ihtiyaç alanına göre, hastaların aldıkları yardımla ilgili memnuniyetleri

Hastaya göre	Doğru Yardımı Aldığını düşünenler		Aldığı Yardımdan Memnun olanlar	
	N	%	N	%
Özgül psikotik belirtiler	69	73,4	72	76,6
Ev işleri ile ilgili beceriler	59	62,8	58	61,7
İlişkiler	40	42,6	35	37,2
Günlük aktivite, uğraşı, iş	40	42,6	41	43,6
Psikolojik sorunlar	37	39,4	39	41,5
Para	3	3,2	4	4,3
Özgüvenlik	23	24,5	24	25,5
Yiyecek ve öğünler	33	35,1	31	33
Yerleşim yeri	34	36,2	19	20,2
Bedensel sağlık	17	18,1	17	18,1
Güvenceler	3	3,2	4	4,3
Diğerlerinin güvenliği	12	12,8	12	12,8
Telefon	8	8,5	8	8,5
Temel Eğitim	7	7,4	7	7,4
Hastanın genel durumu, tedavisi ilgili bilgi düzeyi	5	5,4	5	5,4
Toplu taşıma araçları	4	4,3	4	4,3
Reçete edilmeyen ilaçlar	2	2,1	2	2,1
Alkol	1	1,1	1	1,1
Çocuk bakımı	0	0	0	0
Özbakım ve görünüm	1	1,1	1	1,1

Hastaların en çok memnuniyet gösterdiği alan %76 ile “Psikotik belirtiler” alanıydı. Bunu %61 ile “Ev işleri ile ilgili beceriler” alanı izlemekteydi.

Tablo 21: İhtiyaç varlığında, hastaların aldıkları yardımla ilgili memnuniyetlerinin yüzdesi.

Hastaya göre	Top İht.	Doğru yardım Aldığını Düşünenler		Aldığı Yardımdan Memnun olanlar	
	N	N	%	N	%
Özgül psikotik belirtiler	84	69	82,1	72	85,7
Ev işleri ile ilgili beceriler	64	59	92,2	58	92,1
İlişkiler	59	40	67,8	35	59,3
Günlük aktivite, uğraşı, iş	54	40	74,1	41	75,9
Psikolojik sorunlar	54	37	68,5	39	72,2
Para	40	3	7,5	4	10
Özgüvenlik	39	23	59	24	61,5
Yiyecek ve öğünler	36	33	91,7	31	86,1
Yerleşim yeri	36	34	94,4	19	52,8
Bedensel sağlık	22	17	77,3	17	77,3
Güvenceler	17	3	17,6	4	23,5
Diğerlerinin güvenliği	16	12	75	12	75
Telefon	15	8	53,3	8	53,3
Temel Eğitim	10	7	70	7	70
Hastanın genel durumu, tedavisi ilgili bilgi düzeyi	7	5	71,4	5	71,4
Toplu taşıma araçları	5	4	80	4	80
Reçete edilmeyen ilaçlar	4	2	50	2	50
Alkol	2	1	50	1	50
Çocuk bakımı	2	0	0	0	0
Özbakım ve görünüm	1	1	100	1	100

İhtiyaç varlığında hastaların “Para ve güvenceler” alanlarındaki memnuniyetleri %25’in altındaydı.

Tablo 22: Her bir ihtiyaç alanına göre, bakımverenlerin yardımların doğruluğu ile ilgili düşünceleri

Bakımverene göre	Doğru Yardım Verildiğini Düşünenler	
	N	%
Özgül psikotik belirtiler	78	83
Ev işleri ile ilgili beceriler	56	59,6
İlişkiler	49	52,1
Günlük aktivite, uğraşı, iş	45	47,9
Psikolojik sorunlar	44	46,8
Para	6	6,4
Özgüvenlik	25	26,6
Yiyecek ve öğünler	36	38,3
Yerleşim yeri	35	37,2
Bedensel sağlık	17	18,1
Güvenceler	2	2,1
Diğerlerinin güvenliği	12	12,8
Telefon	8	8,5
Temel Eğitim	7	7,4
Hastanın genel durumu, Tedavisi ilgili Bilgi düzeyi	9	9,6
Toplu taşıma araçları	2	2,1
Reçete edilmeyen ilaçlar	3	3,2
Alkol	1	1,1
Çocuk bakımı	1	1,1
Özbakım ve görünüm	2	2,1

Bakımverenler %83 ile en doğru yardımın "Psikotik belirtiler" alanında verildiğini belirttiler. Bunu % 59 ile "Ev işleri ile ilgili beceriler" izlemekteydi.

Tablo 23: İhtiyaç varlığında, bakımverenlerin yardımların doğruluğu ile ilgili düşünceleri

Bakımverene göre	Top İht	Doğru yardım alanlar	
	N	N	%
Özgül psikotik belirtiler	85	78	91,8
Ev işleri ile ilgili beceriler	63	56	90,3
İlişkiler	70	49	70
Günlük aktivite, uğraşı, iş	58	45	77,6
Psikolojik sorunlar	58	44	75,9
Para	41	6	14,6
Özgüvenlik	39	25	64,1
Yiyecek ve öğünler	37	36	97,3
Yerleşim yeri	36	35	97,2
Bedensel sağlık	22	17	77,3
Güvenceler	17	2	11,8
Diğerlerinin güvenliği	19	12	63,2
Telefon	10	8	80
Temel Eğitim	9	7	77,7
Hastanın genel durumu, tedavisi ilgili bilgi düzeyi	10	9	90
Toplu taşıma araçları	5	2	40
Reçete edilmeyen ilaçlar	6	3	50
Alkol	2	1	50
Çocuk bakımı	1	1	100
Özbakım ve görünüm	4	2	50

İhtiyaç varlığında, bakımverenler “Yiyecek ve öğünler, yerleşim yeri, psikotik belirtiler, ev işleri ile ilgili beceriler” alanlarında %90’ın üzerinde doğru yardım alındığını düşünüyorlardı.

İhtiyaç varlığında, bakımverenler “Para ve güvenceler” alanlarında %20’ nin altında doğru yardım alındığını düşünüyorlardı.

Tablo 24: Pozitif Negatif Sendrom Skalası (PANSS) ölçeği ile ihtiyaçlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		Hastanın Belirlediği Toplam İhtiyaç.	Hastanın Belirlediği Eksik İhtiyaç	Bakımverenin Belirlediği Toplam İhtiyaç	Bakımverenin Belirlediği Eksik İhtiyaç
PANSS Pozitif PUAN	r	,432(**)	,317(**)	,541(**)	,270(**)
PANSS NegatifPUAN	r	,267(**)	,208(*)	,268(**)	,180
PANSS GENEL Psikopato.PU	r	,388(**)	,375(**)	,373(**)	,427(**)
PANSS TOPLAMPUA	r	,432(**)	,364(**)	,462(**)	,361(**)

r: pearson bağıntı katsayısı p: anlamlılık düzeyi ** p< 0.01 * p<0,05

Hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile PANSS pozitif belirtiler puanı arasında, pozitif yönde %43,2 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir(p < 0,01)

Hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile PANSS negatif belirtiler puanı arasında, pozitif yönde %26,7 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir(p < 0,01)

Hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile PANSS genel psikopatoloji puanı arasında, pozitif yönde %38,8 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir(p< 0,01).

Hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile PANSS toplam puanı arasında, pozitif yönde %43,2 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir(p< 0,01)

Hastanın belirlediği *-eksik-karşılanmamış-* ihtiyaç sayısı ile PANSS pozitif belirtiler puanı arasında, pozitif yönde %43,2 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir(p< 0,01)

Hastanın belirlediği *-eksik-karşılanmamış-* ihtiyaç sayısı ile PANSS negatif belirtiler puanı arasında, pozitif yönde %20,8 düzeyinde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p < 0,05$)

Hastanın belirlediği *eksik-karşılanmamış-* ihtiyaç sayısı ile PANSS genel psikopatoloji puanı arasında, pozitif yönde %37,5 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir($p < 0,01$)

Hastanın belirlediği *eksik-karşılanmamış-* ihtiyaç sayısı ile PANSS toplam puanları arasında, pozitif yönde %36,4 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir($p < 0,01$).

Bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile PANSS pozitif belirtiler puanı arasında, pozitif yönde %54,1 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir($p < 0,01$).

Bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile PANSS negatif belirtiler puanı arasında, pozitif yönde %26,8 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir($p < 0,01$).

Bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile PANSS genel psikopatoloji puanı arasında, pozitif yönde %37,3 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir($p < 0,01$)

Bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile PANSS toplam puanı arasında, pozitif yönde %46,2 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir($p < 0,01$).

Bakımverenin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ile PANSS pozitif belirtiler puanı arasında, pozitif yönde %27 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir($p < 0,01$).

Bakımverenin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ile PANSS negatif belirtiler puanı arasında, istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmemiştir ($p=0,083$)

Bakımverenin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ile PANSS genel psikopatoloji puanı arasında, pozitif yönde %42,7 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir($p < 0,01$).

Bakımverenin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ile PANSS toplam puanı arasında, pozitif yönde %36,1 düzeyinde, istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir($p < 0,01$)

Tablo 25: Calgary şizofrenide depresyon ölçeği puanları ile ihtiyaçlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

		Hasta. Top İht.	Hasta. Eks. İht.	Bakım. Top. İht.	Bakım. Eks. İht.
CALGARY Toplam Puan	r	,348(**)	,235(*)	,243(*)	,414(**)

r: pearson bağıntı katsayısı p: anlamlılık düzeyi ** $p < 0.01$ * $p < 0,05$

Hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile, Calgary Depresyon ölçeği toplam puanı arasında, pozitif yönde %34,8 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p < 0,01$)

Hastanın belirlediği *karşılanmamış-eksik-* ihtiyaç sayısı ile, Calgary Depresyon ölçeği toplam puanı arasında, pozitif yönde %23,5 düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$)

Bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile, Calgary Depresyon ölçeği toplam puanı arasında, pozitif yönde %24,3 düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p < 0,05$)

Bakımverenin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ile, Calgary Depresyon ölçeği toplam puanı arasında, pozitif yönde %41,4 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p < 0,01$)

Tablo 26: Bireysel Sosyal Performans Ölçeği (PSP)-puanları ile ihtiyaçlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

		Hasta- Toplam İhtiyaç	Hasta- Eksik İhtiyaç	Bakım- Toplam İhtiyaç	Bakım- Eksik İhtiyaç.
PSP TOPLAM PUAN	r	-,498(**)	-,196	-,648(**)	-,051

r: pearson bağıntı katsayısı p: anlamlılık düzeyi ** p< 0.01 * p<0,05

Hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile, PSP ölçeği toplam puanı arasında, negatif yönde %49,8 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. (p<0,01)

Bakımvereninin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile, PSP ölçeği toplam puanı arasında, negatif yönde %64,8 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. (p<0,01)

Tablo 27: Algılanan Aile Yüğü puanları ile ihtiyaçlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

		Hasta- Toplam İhtiyaç	Hasta- Eksik İhtiyaç	Bakım- Toplam İhtiyaç.	Bakım- Eksik İhtiyaç
AİLE YÜKÜ SUBJEK. PUAN	r	,412(**)	,444(**)	,486(**)	,445(**)
AİLE YÜKÜ OBJEKT. PUAN	r	,399(**)	,415(**)	,476(**)	,405(**)
AİLE YÜKÜ TOPLAM PUAN	r	,411(**)	,439(**)	,487(**)	,437(**)

r: pearson bağıntı katsayısı p: anlamlılık düzeyi ** p< 0.01 * p<0,05

Hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile, Aile yükü subjektif puanı arasında, pozitif yönde %41,2 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

Hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile Aile yükü objektif puanı arasında, pozitif yönde %39,9 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

Hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile Aile yükü toplam puanı arasında, pozitif yönde %41,1 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

Hastanın belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ile Aile yükü subjektif puanı arasında, pozitif yönde %44,4 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

Hastanın belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ile Aile yükü objektif puanı arasında, pozitif yönde %41,5 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

Hastanın belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ile Aile yükü toplam puanı arasında, pozitif yönde %43,9 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

Bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile Aile yükü subjektif puanı arasında, pozitif yönde %48,6 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

Bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile Aile yükü objektif puanı arasında, pozitif yönde %47,6 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

Bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı ile Aile yükü toplam puanı arasında, pozitif yönde %48,7 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

Bakımverenin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ile Aile yükü subjektif puanı arasında, pozitif yönde %44,5 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

Bakımverenin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ile Aile yükü objektif puanı arasında, pozitif yönde %40,5 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

Bakımverenin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ile Aile yükü toplam puanı arasında, pozitif yönde %43,7 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

Tablo 28: Şizofreni hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği ile hastanın ihtiyaçları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

		Hasta- Toplam İhtiyaç	Hasta- Eksik İhtiyaç	Bakım- Toplam İhtiyaç	Bakım- Eksik İhtiyaç
Kişiler Arası İlişkiler Puanı	r	-,461(**)	-,213(*)	-,556(**)	-,025
Mesleki Rol Puanı	r	-,505(**)	-,140	-,602(**)	-,035
Günlük Eşya Puanı	r	-,414(**)	-,084	-,571(**)	,198
Ruhsal Bulgular Puanı	r	-,473(**)	-,172	-,556(**)	,032
ŞHYNÖ Toplam Puanı	r	-,514(**)	-,186	-,622(**)	,013

r: pearson bağıntı katsayısı p: anlamlılık düzeyi ** $p<0.01$ * $p<0,05$

ŞYNÖ-kişilerarası ilişkiler altbaşlık puanı ile hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, % 46,1 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

ŞYNÖ-mesleki rol altbaşlık puanı ile hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, % 50,5 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

ŞYNÖ-günlük eşya altbaşlık puanı ile hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, % 41,4 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

ŞYNÖ-ruhsal bulgular altbaşlık puanı ile hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, % 47,3 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

ŞYNÖ-toplam puanı ile hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, % 51,4 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

ŞYNÖ- ile kişilerarası ilişkiler altbaşlık puanı ile hastanın belirlediği *karşılanmamış* eksik ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, % 21,3 düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,05$)

ŞYNÖ-kişilerarası ilişkiler altbaşlık puanı ile bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, % 55,6 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

ŞYNÖ-mesleki rol altbaşlık puanı ile bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, % 60,2 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

ŞYNÖ-günlük eşya altbaşlık puanı ile bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, % 57,1 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

ŞYNÖ-ruhsal bulgular altbaşlık puanı ile bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, % 55,6 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

ŞYNÖ-toplam puanı ile bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, % 62,2 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. ($p<0,01$)

ŞYNÖ- ile bakımverenin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı arasında, istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenememiştir ($p>0,05$)

Tablo 29: Sayısal sosyodemografik değişkenler ile ihtiyaçların ilişkisi.

		Hasta- Toplam İhtiyaç	Hasta- Eksik İhtiyaç	Bakım- Toplam İhtiyaç	Bakım- Eksik İhtiyaç
Eğitim Yılı	r	-,204(*)	-,087	-,282(**)	-,061
Hastalık Süresi	r	,105	,062	,180	-,160
Hastane Yatış sayısı	r	,238(*)	-,019	,375(**)	-,213(*)
Kullan. Anti-psi. İlaç sayısı	r	,142	,037	,286(**)	-,114

r: pearson bağıntı katsayısı p: anlamlılık düzeyi ** p< 0.01 * p<0,05

Hastanın eğitim yılı sayısı ile hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, %20,4'lük düzeyde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmektedir.(p<0,05)

Hastanın toplam hastaneye yatış sayısı ile hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı arasında, pozitif yönde, %27,2'lik düzeyde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmektedir.(p<0,05)

Hastanın eğitim yılı sayısı ile bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, %28,2'lik düzeyde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir ilişki görülmektedir.(p<0,01)

Hastanın toplam hastaneye yatış sayısı ile bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı arasında, pozitif yönde, %37,5'lik düzeyde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir ilişki görülmektedir.(p<0,01)

Hastanın kullanmakta olduğu anti-psikotik ilaç sayısı ile bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı arasında, pozitif yönde, %28,6''lık düzeyde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir ilişki görülmektedir.(p<0,01)

Tablo 30: Hastaların medeni durumuna göre, hasta ve bakımverenlerin belirledikleri toplam ihtiyaç sayıları.

		Hasta sayısı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
Hasta-Top.İhti.	Evli	19	5,1579	2,87254	,65900
	Bekar	58	6,3793	2,20707	,28980
	Eşinden ayrılmış	17	6,8824	2,11785	,51365
	Toplam	94	6,2234	2,38343	,24583
Bakım-Top.İhti.	Evli	19	4,8947	1,79179	,41107
	Bekar	58	6,6034	2,16786	,28465
	Eşinden ayrılmış	17	6,8235	1,74052	,42214
	Toplam	94	6,2979	2,12931	,21962

Hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, evli olan hastalar için ortalama $5,15 \pm 2,87$ sayıda bekar hastalar için ortalama $6,37 \pm 2,20$ sayıda eşinden ayrılmış hastalar için ortalama $6,88 \pm 2,11$ sayıda ihtiyaç belirlenmiştir. Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, evli olan hastalar için ortalama $4,89 \pm 1,79$ sayıda, bekar hastalar için ortalama $6,60 \pm 2,16$ sayıda, eşinden ayrılmış hastalar için ortalama $6,82 \pm 1,74$ sayıda ihtiyaç belirlenmiştir.

Tablo 31-) Hastaların medeni durumunun, toplam ihtiyaç sayıları açısından tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması

	F	p
Hasta-Top.İht.	2,774	,068
Bakım-Top.İht.	5,779	,004

Evli, bekar, eşinden ayrılmış grupları arasında; Hastaların belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı açısından, hastanın medeni durumuna göre, istatistiksel açıdan anlamlılık gösteren bir fark yoktur. $F=2,774$ ($p=0,068$)

Bakımverenlerin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı açısından, hastanın medeni durumuna göre, istatistiksel açıdan anlamlılık gösteren bir fark vardır. $F=5,779$ ($p=0,004$)

Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenebilmesi için posthoc tukey, tukey b testleri yapıldığında;

Tablo 32: Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı açısından, hastanın medeni durumuna göre, posthoc tukey, tukey b testleri ile çoklu karşılaştırmalar

Bağımlı değişken	(I) Medeni	(J) Medeni	Ortalama farkı (I-J)	Std. hata	p
Bakım-Top.İht.	Evli	Bekar	-1,70871(**)	,53598	,006
		Eşinden ayrılmış	-1,92879(*)	,67693	,015
	Bekar	Evli	1,70871(**)	,53598	,006
		Eşinden ayrılmış	-,22008	,55923	,918
	Eşinden ayrılmış	evli	1,92879(*)	,67693	,015
		bekar	,22008	,55923	,918

Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, evli hastaların, bekar hastalardan ortalama -1,70 daha az sayıda ihtiyacı vardı. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermekteydi. ($p=0,006$)

Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, evli hastaların, eşinden ayrılmış hastalardan ortalama -1,92 daha az sayıda ihtiyacı vardı. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermekteydi. ($p=0,015$)

Tablo 33-) Hastaların medeni durumuna göre, hasta ve bakımverenlerin belirledikleri karşılanmamış ihtiyaç sayısı.

		Hasta sayısı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
Hasta-Eksikİhtiyaç	Evli	19	1,7368	1,75885	,40351
	Bekar	58	2,0172	1,72180	,22608
	Eşinden ayrılmış	17	2,4706	2,42687	,58860
	Toplam	94	2,0426	1,86602	,19247
Bakım-Eksikİhtiyaç	Evli	19	1,6842	1,73374	,39775
	Bekar	58	1,7069	1,96468	,25797
	Eşinden ayrılmış	17	1,3529	1,90201	,46131
	Toplam	94	1,6383	1,89425	,19538

Hastaların belirlediği eksik(karşılanmamış) ihtiyaçta; evli hastaların ortalama $1,73 \pm 1,75$ sayıda karşılanmamış ihtiyacı, bekar hastaların $2,01 \pm 1,72$ sayıda karşılanmamış ihtiyacı, eşinden ayrılmış hastaların $2,47 \pm 2,42$ sayıda karşılanmamış ihtiyacı belirlendi. Bakımverenlerin belirlediği karşılanmamış ihtiyaçta; evli hastaların ortalama $1,68 \pm 1,73$ sayıda, bekar hastaların $1,70 \pm 1,96$ sayıda, eşinden ayrılmış hastaların $1,35 \pm 1,90$ sayıda karşılanmamış ihtiyacı belirlendi.

Tablo 34-) Hastaların medeni durumunun, hasta ve bakımverenlerin belirledikleri karşılanmamış ihtiyaç sayısı açısından Kruskal Wallis ile karşılaştırılması.

	Hasta-Eks.İht.	Bakım-Eks.İht.
Ki-kare	,860	,901
p	,650	,637

Hastanın medeni durumuna göre oluşturulan gruplar arasında hastanın belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmedi.(p=0,650). Hastanın medeni durumuna göre oluşturulan gruplar arasında bakımverenin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmedi.(p=0,637)

Tablo 35-) Hastaların yaşam alanına göre oluşturulan grupların, toplam ihtiyaç sayıları.

		N	Orta.	Std. Sapma	Std. Hata	95% Güven Aralığı	
Hasta-Top.İht.	Anne-baba	37	5,7838	2,13613	,35118	5,0716	6,4960
	Eş-çocuk-kardeş	19	5,5263	2,89383	,66389	4,1315	6,9211
	Bakımevi	34	6,9118	2,10868	,36164	6,1760	7,6475
	Toplam	90	6,1556	2,35554	,24830	5,6622	6,6489
Bakım-Top.İht.	Anne-baba	37	5,7568	2,04675	,33648	5,0743	6,4392
	Eş-çocuk-kardeş	19	5,1053	1,99707	,45816	4,1427	6,0678
	Bakımevi	34	7,3824	1,55728	,26707	6,8390	7,9257
	Toplam	90	6,2333	2,06659	,21784	5,8005	6,6662

Hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, anne-babası ile yaşayan hastaların ortalama $5,78 \pm 2,13$ sayıda, eşi-çocuğu-kardeşi ile yaşayan hastaların ortalama $5,52 \pm 2,89$ sayıda, bakımevinde yaşayan hastaların ortalama $6,91 \pm 2,10$ sayıda toplam ihtiyaçları belirlendi.

Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, anne-babası ile yaşayan hastaların ortalama $5,75 \pm 2,04$ sayıda, eşi-çocuğu-kardeşi ile yaşayan hastaların ortalama $5,10 \pm 1,99$ sayıda, bakımevinde yaşayan hastaların ortalama $7,38 \pm 1,55$ sayıda toplam ihtiyaçları belirlendi.

Tablo 36-) Hastaların yaşam alanına göre oluşturulan grupların, toplam ihtiyaç sayısı açısından tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması.

	F	p
Hasta- Top.İht	3,022	,054
Bakım- Top.İht.	11,136	,000

Hastaların yaşam alanı (birlikte yaşadığı kişiler-bakımverenine-) göre, oluşturulan gruplar arasında, hastanın belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı açısından, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir.(p=0, 054)

Hastaların yaşam alanı (birlikte yaşadığı kişiler-bakımverenine-) göre, oluşturulan gruplar arasında, bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısı açısından, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir.(p=0, 0001)

Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için, posthoc tukey, tukeyb testleriyle çoklu karşılaştırmalar yapılırken,

Tablo 37-) Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı açısından, hastanın yaşam alanına göre oluşturulan gruplar arasında, posthoc tukey, tukey b testleri ile çoklu karşılaştırmalar.

	Bakımevi	Anne- baba	1,62560(**)	,44308	,001	,5691	2,6821
		Eşçocuk- kardes	2,27709(**)	,53422	,000	1,0033	3,5509
			1,62560(**)	,44308	,001	-2,6821	-,5691
	Es-cocuk- kardeş	Anne- baba	-,65149	,52640	,434	-1,9067	,6037
		Bakımevi	2,27709(**)	,53422	,000	-3,5509	1,0033

Ortalamaların farkı için p: anlamlılık düzeyi ** $p < 0.01$ * $p < 0,05$

Bakımevinde yaşayan hastalar, anne-babası ile yaşayan hastalara göre ortalama 1,62 sayıda daha fazla ihtiyaç göstermektedir. Bu fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.($p=0,001$).

Bakımevinde yaşayan hastalar, eş-çocuk veya kardeşi ile yaşayan hastalara göre ortalama 2,27 sayıda daha fazla ihtiyaç göstermektedir. Bu fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.($p<0,0001$)

Tablo 38-) Hastaların yaşam alanına göre oluşturulan grupların, karşılanmamış ihtiyaç sayıları.

		Hasta sayısı	Orta.	Std. sapma	Std. hata
Hasta Eks.İht.	Anne-baba	37	2,2703	1,92424	,31634
	Eş-çocuk-kardeş	19	1,8947	1,91180	,43860
	Bakımevi	34	1,6471	1,59321	,27323
	Toplam	90	1,9556	1,80456	,19022
Bakım-Eks.İht.	Anne-baba	37	2,4324	1,72467	,28353
	Eş-çocuk-kardeş	19	2,0526	2,04053	,46813
	Bakımevi	34	,2941	,52394	,08985
	Toplam	90	1,5444	1,76839	,18641

Hastanın belirlediği karşılanmamış(eksik) ihtiyaçta, anne-babası ile yaşayan hastaların ortalama $2,27 \pm 1,92$ sayıda, eş-çocuk-kardeşi ile yaşayan hastalarda ortalama $1,89 \pm 1,91$ sayıda, bakımevinde yaşayan hastalarda ortalama $1,64 \pm 1,59$ sayıda karşılanmamış ihtiyacı belirlendi.

Bakımverenin belirlediği karşılanmamış(eksik) ihtiyaçta, anne-babası ile yaşayan hastaların ortalama $2,43 \pm 1,72$ sayıda, eş-çocuk-kardeşi ile yaşayan hastalarda ortalama $2,05 \pm 2,04$ sayıda, bakımevinde yaşayan hastalarda ortalama $0,29 \pm 0,52$ sayıda karşılanmamış ihtiyacı belirlendi.

Tablo 39-) Hastaların yaşam alanına göre oluşturulan grupların, karşılanmamış ihtiyaç sayılarının kruskal wallis testi ile karşılaştırılması.

	Hasta- Eks.İht.	Bakım- Eks.İht.
Ki-kare	2,145	29,793
p	,342	,000

Hastaların yaşam alanı (birlikte yaşadığı kişiler-bakımverenine-) göre, hastanın belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir.(p=0, 342)

Hastaların yaşam alanı (birlikte yaşadığı kişiler-bakımverenine-) göre, bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir.(p=0, 0001)

Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için, p anlamlılık değeri 0,016'e çekilerek (0, 05/3) İkili Mann-Whitney U testleri yapıldığı zaman

Anne-baba ile eş-çocuk karşılaştırmasında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmemiştir.(p=0,393)

Anne-baba ile bakımevi karşılaştırmasında, bakımevinde kalan hastalarda, anne-babası ile yaşayan hastalara göre ortalama 2,14 daha az sayıda *karşılanmamış* ihtiyaç belirlendi, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermekteydi.(p<0,0001)

Eş-çocuk ile bakımevi karşılaştırmasında, bakımevinde kalan hastalarda, eş-çocuğu ile yaşayan hastalara göre ortalama 1,76 daha az sayıda *karşılanmamış* ihtiyaç belirlendi, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p<0,0001)

Tablo 40: Hastaların cinsiyetine göre, toplam ihtiyaç sayıları

	Cinsiyet	Hasta sayısı	Ortalama	Std. sapma	Std. hata
Hasta-Top.İht.	Kadın	29	4,9655	2,07851	,38597
	Erkek	65	6,7846	2,30822	,28630
Bakım-Top.İht.	Kadın	29	5,1724	2,05407	,38143
	Erkek	65	6,8000	1,97800	,24534

Hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısında kadın hastaların ortalama $4,96 \pm 2,07$ sayıda, erkek hastaların ortalama $6,78 \pm 2,30$ sayıda toplam ihtiyacı belirlendi.

Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısında kadın hastaların ortalama $5,17 \pm 2,05$ sayıda, erkek hastaların ortalama $6,80 \pm 1,97$ sayıda toplam ihtiyacı belirlendi.

Tablo 41-) Hastaların cinsiyetine göre iki grup oluşturulduğunda, toplam ihtiyaç sayıları açısından, bağımsız gruplar için t testi ile değerlendirilmesi.

	t	p(2-yönlü)	Orta. Farkı	Std. hata	95% Güven aralığı	
Hasta-Top.İht.	-3,635	,000	-1,81910	,50039	-2,81292	-,82527
Bakım-Top.İht.	-3,642	,000	-1,62759	,44695	-2,51526	-,73991

Kadın cinsiyete sahip olmak, erkek cinsiyete sahip olmaya göre, ortalama -1,81 daha az sayıda, hastanın belirlediği toplam ihtiyaç göstermektedir. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir.($p=0,0001$)

Kadın cinsiyete sahip olmak, erkek cinsiyete sahip olmaya göre, ortalama -1,62 daha az sayıda bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç göstermektedir. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir($p=0,0001$)

Tablo 42-) Hastaların cinsiyetine göre iki grup oluşturulduğunda, karşılanmamış ihtiyaç sayıları.

	Cinsiyet	Hasta Sayısı	Orta.	Std. Sapma	Std. Hata
Hasta-Eks.İht	Kadın	29	1,7241	1,64526	,30552
	Erkek	65	2,1846	1,95170	,24208
Bakım-Eks.İht	Kadın	29	1,2759	2,05407	,33622
	Erkek	65	1,8000	1,92191	,23838

Hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında kadın hastaların ortalama $1,72 \pm 1,64$ sayıda, erkek hastaların ortalama $2,18 \pm 1,95$ sayıda karşılanmamış ihtiyacı belirlendi.

Bakımverenlerin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında kadın hastaların ortalama $1,27 \pm 2,05$ sayıda, erkek hastaların ortalama $1,80 \pm 1,92$ sayıda karşılanmamış ihtiyacı belirlendi.

Tablo 43-) Hastanın cinsiyetine göre iki grup oluşturulduğunda, karşılanmamış ihtiyaç sayıları açısından, Mann-Whitney U testi ile değerlendirilmesi

	Hasta-Eks.İht.	Bakım-Eks.İht.
Mann-Whitney U	819,500	767,000
Z	-1,026	-1,500
p (2-yönlü)	,305	,134

Cinsiyet değişkeni ile hastanın belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaçlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.(p=0,305)

Cinsiyet değişkeni ile bakımvereninin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaçlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.(p=0,134)

Tablo 44 -) Hastaların eğitim durumuna göre, ihtiyaç sayıları.

		Hasta sayısı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
Hasta-Top.İht.	ilkokul ve altı	35	6,5429	2,22741	,37650
	ortaokul	19	6,8947	1,99707	,45816
	lise ve st	40	5,6250	2,58881	,40933
	Toplam	94	6,2234	2,38343	,24583
Bakım-Top.İht.	ilkokul ve altı	35	6,7429	1,82052	,30772
	ortaokul	19	7,2105	1,98827	,45614
	lise ve st	40	5,4750	2,19542	,34713
	Toplam	94	6,2979	2,12931	,21962

Hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, ilkokul ve altı eğitimi olanların ortalama $6,54\pm 2,22$ sayıda ihtiyacı, ortaokul mezunu olanların $6,89\pm 1,99$ sayıda ihtiyacı, lise ve üstü eğitimi olanların ortalama $5,62\pm 2,58$ sayıda ihtiyacı belirlendi. Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, ilkokul ve altı eğitimi olanların ortalama $6,74\pm 1,82$ sayıda ihtiyacı, ortaokul mezunu olanların $7,21\pm 1,98$ sayıda ihtiyacı, lise ve üstü eğitimi olanların ortalama $5,47\pm 2,19$ sayıda ihtiyacı belirlendi.

Tablo 45 -) Hastaların eğitim durumu, (ilkokul ve altı, ortaokul, lise ve üzeri şeklinde 3 kategoriye ayrılınca), toplam ihtiyaçların tek yönlü ANOVA ile değerlendirilmesi.

		Kareler Toplamı	Ortalamanın Karesi	F	p
Hasta- Top.İht.	Gruplar arası	26,458	13,229	2,399	,097
	Gruplar içi	501,850	5,515		
	Toplam	528,309			
Bakım- Top.İht.	Gruplar arası	49,841	24,920	6,099	,003
	Gruplar içi	371,819	4,086		
	Toplam	421,660			

Tek yönlü ANOVA ortalamaların farkı için anlamlılık $p < 0,05$

Eğitim düzeyine göre, hastaların belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir. ($p=0,097$)

Eğitim düzeyine göre, bakımverenlerin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmiştir. ($p=0,003$)

Bu farkı değerlendirebilmek için posthoc tukey, tukeyb testleri ile çoklu karşılaştırmalar yapıldığı zaman

Tablo 46-) Eğitim düzeyine göre, bakımverenlerin belirlediği *toplam* ihtiyaç sayısında, çoklu karşılaştırmalar

(I) eğit.	(J) eğit.	Orta. Farkı (I-J)	Std. hata	p	95% Güven Aralığı	
İlkokul ve altı	Ortaokul	-,46767	,57601	,697	-1,8401	,9048
	Lise ve üstü	1,26786(*)	,46786	,022	,1531	2,3826
Ortaokul	İlkokul ve altı	,46767	,57601	,697	-,9048	1,8401
	Lise ve üstü	1,73553(*)	,56320	,008	,3936	3,0774
Lise ve üstü	İlkokul ve altı	-1,26786(*)	,46786	,022	-2,3826	-,1531
	Ortaokul	-1,73553(*)	,56320	,008	-3,0774	-,3936

Hastanın lise ve üstü eğitime sahip olduğunda, ilkokul ve altı eğitime sahip olmasına göre, 1,26 daha az sayıda bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç görülmektedir, bu fark istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir($p=0,022$)

Hastanın lise ve üstü eğitime sahip olduğunda, ortaokul düzeyine sahip olmasına göre, 1,73 daha az sayıda bakımverenin belirlediği *toplam* ihtiyaç görülmektedir, bu fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.($p=0,008$)

Tablo 47-) Hastaların eğitim düzeyine göre, karşılanmamış ihtiyaç sayıları

		Hasta Sayısı	Orta.	Std. Sapma	Std. Hata
Hasta-Eks.İht.	İlkokul ve altı	35	2,0000	1,60880	,27194
	Ortaokul	19	2,9474	2,24781	,51568
	Lise ve üstü	40	1,6500	1,77663	,28091
	Toplam	94	2,0426	1,86602	,19247
Bakım-Eks.İht.	İlkokul ve altı	35	1,6286	1,89559	,32041
	Ortaokul	19	2,1053	2,60117	,59675
	Lise ve üstü	40	1,4250	1,46563	,23174
	Toplam	94	1,6383	1,89425	,19538

Hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında, ilkokul ve altı eğitimi olanların ortalama $2,00 \pm 1,60$ sayıda ortaokul mezunu olanların $2,94 \pm 2,24$ sayıda, lise ve üstü eğitimi olanların ortalama $1,65 \pm 1,77$ sayıda karşılanmamış ihtiyacı belirlendi.

Bakımverenlerin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında, ilkokul ve altı eğitimi olanların ortalama $1,62 \pm 1,89$ sayıda ortaokul mezunu olanların $2,10 \pm 2,60$ sayıda ihtiyacı, lise ve üstü eğitimi olanların ortalama $1,42 \pm 1,46$ sayıda karşılanmamış ihtiyacı belirlendi.

Tablo 48-) Hastaların eğitim durumunun, (ilkokul ve altı, ortaokul, lise ve üzeri şeklinde 3 kategoriye ayrılınca), karşılanmamış ihtiyaç sayıları açısından Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılması

	Has. Eks. İht.	Bak. Eks. İht.
Ki-kare	5,339	,092
df	2	2
p	,069	,955

Eğitim düzeyine göre, hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir.(p=0,069)

Eğitim düzeyine göre, bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir.(p=0,955)

Tablo 49-) Bakımverenin eğitim düzeyine göre, toplam ihtiyaç sayıları.

		Hasta Sayısı	Orta.	Std. Sapma	Std. Hata
Hasta- Top.İht.	İlkokul ve altı	35	6,0000	2,42536	,40996
	Ortaokul	13	6,0769	1,84669	,51218
	Lise ve üstü	46	6,4348	2,50911	,36995
	Toplam	94	6,2234	2,38343	,24583
Bakım- Top.İht.	İlkokul ve altı	35	5,7714	2,03044	,34321
	Ortaokul	13	6,3077	1,54837	,42944
	Lise ve üstü	46	6,6957	2,28881	,33747
	Toplam	94	6,2979	2,12931	,21962

Bakımverenin eğitimine göre, hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, ilkokul ve altı eğitimi olanların ortalama $6,00 \pm 2,42$ sayıda ihtiyacı, ortaokul mezunu olanların $6,07 \pm 1,84$ sayıda ihtiyacı, lise ve üstü eğitimi olanların ortalama $6,43 \pm 2,50$ sayıda ihtiyacı belirlendi.

Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, ilkokul ve altı eğitimi olanların ortalama $5,77 \pm 2,03$ sayıda ihtiyacı, ortaokul mezunu olanların $6,30 \pm 1,54$ sayıda ihtiyacı, lise ve üstü eğitimi olanların ortalama $6,69 \pm 2,28$ sayıda ihtiyacı belirlendi.

Tablo 50-) Bakımverenin eğitim durumu, (ilkokul ve altı, ortaokul, lise ve üzeri şeklinde 3 kategoriye ayrılınca), toplam ihtiyaçların tek yönlü ANOVA ile değerlendirilmesi.

ANOVA

		Kareler Toplamı	Ortalama. karesi	F	p
Hasta- Top.İht.	Gruplar arası	4,081	2,041	,354	,703
	Gruplar içi	524,227	5,761		
	Toplam	528,309			
Bakım- Top.İht.	Gruplararası	16,980	8,490	1,909	,154
	Grup içi	404,680	4,447		
	Toplam	421,660			

Bakımverenin Eğitim düzeyine göre, hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir.(p=0,703)

Bakımverenin Eğitim düzeyine göre, bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir.(p=0,154)

Tablo 51-) Bakımverenin eğitim düzeyine göre, karşılanmamış ihtiyaç sayıları

		Hasta sayısı	Ortalama	Std. sapma	Std. hata
Has. Eks.İht.	İlkokul ve altı	35	2,0857	1,56000	,26369
	Ortaokul	13	1,9231	1,55250	,43059
	Lise ve üstü	46	2,0435	2,17006	,31996
	Toplam	94	2,0426	1,86602	,19247
Bak. Eks.İht.	İlkokul ve altı	35	2,2571	1,78791	,30221
	Ortaokul	13	,9231	1,80100	,49951
	Lise ve üstü	46	1,3696	1,90156	,28037
	Toplam	94	1,6383	1,89425	,19538

Bakımverenlerin eğitimine göre, hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında, ilkokul ve altı eğitimi olanların ortalama $2,08 \pm 1,56$ sayıda, ortaokul mezunu olanların $1,92 \pm 1,55$ sayıda, lise ve üstü eğitimi olanların ortalama $2,04 \pm 2,17$ sayıda karşılanmamış ihtiyacı belirlendi.

Bakımverenlerin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında, ilkokul ve altı eğitimi olanların ortalama $2,25 \pm 1,78$ sayıda ortaokul mezunu olanların $0,92 \pm 1,80$ sayıda, lise ve üstü eğitimi olanların ortalama $1,36 \pm 1,90$ sayıda karşılanmamış, eksik ihtiyacı belirlendi.

Tablo 52-) Bakımverenin eğitim durumu, (ilkokul ve altı, ortaokul, lise ve üzeri şeklinde 3 kategoriye ayrılınca), karşılanmamış ihtiyaçların Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmesi

	Hasta- Eks.İht.	Bakım- Eks.İht.
Ki-kare	,609	9,932
df	2	2
p	,737	,007

Kruskal Wallis Testi

Bakımverenin Eğitim düzeyine göre, hastaların belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark gözlenmemiştir.(p=0,737)

Bakımverenin Eğitim düzeyine göre, bakımverenlerin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısında, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir fark gözlenmiştir.(p=0,007) Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için, p anlamlılık değeri 0,016'e çekilerek (0, 05/3) İkili Mann-Whitney U testleri yapıldığı zaman,

Tablo 53-) Bakımverenin Eğitim düzeyine göre, bakımverenlerin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısında İkili Mann-Whitney U testleri karşılaştırmaları

Ortaokul*İlkokul	Bakım- Eks.İht.
Mann-Whitney U	123,500
Z	-2,495
P (2-yönlü)	,013

Bakımverenin eğitim düzeyinin ortaokul olması, bakımverenin eğitim düzeyinin ilkokul olmasına göre, bakımverenin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ($Z=-2,495$) (ortalama 1,33) daha az sayıda ihtiyaç belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. ($p=0,013$)

Tablo 54-) Bakımverenin Eğitim düzeyine göre, bakımverenlerin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısında İkili Mann-Whitney U testleri karşılaştırmaları

Lise* İlkokul	Bakım- Eks.İht.
Mann-Whitney U	551,000
Z	-2,499
p (2-yönlü)	,012

Bakımverenin eğitim düzeyinin lise olması, bakımverenin eğitim düzeyinin ilkokul olmasına göre, bakımverenin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısı ($Z=-2,499$)

(ortalama 0,89) daha az sayıda ihtiyaç belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. (p=0,012)

Tablo 55-) Hastaların izlendiği Hastane tiplerine göre toplam ihtiyaç sayıları.

		Hasta Sayısı	Orta.	Std. Sapma	Std. Hata
Hasta-Top.İht.	Üniversite Hastanesi	35	5,5143	2,44193	,41276
	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi	20	5,9000	2,57314	,57537
	Büyük Depo Hastane- Bakım Merkezi	39	7,0256	2,01947	,32337
	Toplam	94	6,2234	2,38343	,24583
Bakım-Top.İht.	Üniversite Hastanesi	35	5,2000	1,76235	,29789
	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi	20	6,0500	2,72368	,60903
	Büyük Depo Hastane- Bakım Merkezi	39	7,4103	1,48178	,23728
	Toplam	94	6,2979	2,12931	,21962

Üniversite hastanesinde izlenen hastaların, ortalama ihtiyaç sayısı, hastaya göre $5,51 \pm 2,44$, Toplum ruh sağlığı merkezinde izlenen hastaların ortalama ihtiyaç sayısı $5,90 \pm 2,57$, Büyük depo hastanede izlenen hastaların ortalama ihtiyaç sayısı $7,02 \pm 2,01$ 'dir.

Üniversite hastanesinde izlenen hastaların, ortalama ihtiyaç sayısı, bakımverene göre $5,20 \pm 1,76$, Toplum ruh sağlığı merkezinde izlenen hastaların ortalama ihtiyaç sayısı $6,05 \pm 2,72$, Büyük depo hastanede izlenen hastaların ortalama ihtiyaç sayısı $7,41 \pm 1,48$ 'dir.

Tablo 56-) Hastalar izlendikleri hastane tiplerine göre gruplandırılınca, toplam ihtiyaç sayılarının, tek yönlü ANOVA ile karşılaştırılması.

Tek Yönlü ANOVA

		Kareler Toplamı	Orta. Karesi	F	p
Hasta- Top.İht.	Gruplar Arası	44,791	22,396	4,215	,018
	Gruplar İçi	483,517	5,313		
	Toplam	528,309			
Bakım- Top.İht.	Gruplar Arası	91,674	45,837	12,640	,000
	Gruplar İçi	329,986	3,626		
	Toplam	421,660			

Hastalar izlendikleri hastane tiplerine göre gruplandırılınca, hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısı açısından, gruplar arasında fark vardır.Bu fark istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p=0,018$)

Hastalar izlendikleri hastane tiplerine göre gruplandırılınca, bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı açısından, gruplar arasında fark vardır.Bu fark istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p<0,0001$)

Tablo 57-) Hastalar izlendikleri hastane tiplerine göre gruplandırılınca, toplam ihtiyaç sayılarının, posthoc çoklu karşılaştırmaları.

Bağımlı Değiş.	(I) İzlemHast	(J) İzlemHast	Orta. Farkı (I-J)	Std. Hata	p
Hasta-Top.İht.	Üniversite Hastanesi	Toplum Ruh Sağ. Merkezi	-,38571	,64613	,822
		Büyük Depo Hastane- Bakım Merkezi	-1,51136(*)	,53670	,016
	Toplum Ruh Sağ.Merkezi	Üniversite Hastanesi	,38571	,64613	,822
		Büyük Depo Hastane- Bakım Merkezi	-1,12564	,63396	,184
	Büyük Depo Hastane- Bakım Merkezi	Üniversite Hastanesi	1,51136(*)	,53670	,016
		Top. Ruh. Sağ.	1,12564	,63396	,184
Bakim-Top.İht.	Üniversite Hastanesi	Top. Ruh. Sağ.	-,85000	,53378	,254
		Depo Hastane	2,21026(**)	,44338	,000
	Toplum Ruh Sağ. Merkezi	Üniversite Hastanesi	,85000	,53378	,254
		Depo Hastane	-1,36026(*)	,52373	,029
	Büyük Depo Hastane- Bakım Merkezi	Üniversite Hastanesi	2,21026(**)	,44338	,000
		Toplum Ruh Sağ. Merkezi	1,36026(*)	,52373	,029

Hastanın belirlediği toplam ihtiyaçta, büyük depo hastane tarafından izlenen hastalar, üniversite hastanesi tarafından izlenen hastalara göre ortalama 1,51 sayıda daha fazla ihtiyaç göstermektedirler, ortalamaların bu farkı, istatistiksel açıdan anlamlıdır.(p=0,016)

Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaçta, büyük depo hastane tarafından izlenen hastalar, üniversite hastanesi tarafından izlenen hastalara göre ortalama 2,21 sayıda daha fazla ihtiyaç göstermektedirler, ortalamaların bu farkı, istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.($p<0,0001$)

Bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaçta, büyük depo hastane tarafından izlenen hastalar, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi tarafından izlenen hastalara göre ortalama 1,36 sayıda daha fazla ihtiyaç göstermektedirler, ortalamaların bu farkı, istatistiksel açıdan, anlamlılık göstermektedir. ($p=0,029$)

Tablo 58-) Hastaların izlendikleri hastane tiplerine göre karşılanmamış ihtiyaç sayıları

		Hasta Say.	Orta.	Std. Sapma	Std. Hata
Hasta-Eks.İht.	Üniversite Hastanesi	35	2,2571	1,96053	,33139
	Toplum Ruh Sağ. Merkezi	20	1,8500	1,98083	,44293
	Büyük Depo Hastane- Bakım Merkezi	39	1,9487	1,74641	,27965
Bakım-Eks.İht	Toplam	94	2,0426	1,86602	,19247
	Üniversite Hastanesi	35	2,4000	1,73544	,29334
	Toplum Ruh Sağ. Merkezi	20	2,0000	2,12751	,47573
	Büyük Depo Hastane- Bakım Merkezi	39	,7692	1,56376	,25040
	Toplam	94	1,6383	1,89425	,19538

Üniversite hastanesinde izlenen hastaların, ortalama karşılanmamış ihtiyaç sayısı, hastaya göre $2,25\pm1,96$, Toplum ruh sağlığı merkezinde izlenen hastaların ortalama karşılanmamış ihtiyaç sayısı $1,85\pm1,98$, Büyük depo hastanede izlenen hastaların ortalama karşılanmamış ihtiyaç sayısı $1,94\pm1,74$ 'tür.

Üniversite hastanesinde izlenen hastaların, ortalama karşılanmamış ihtiyaç sayısı, bakımverene göre $2,40\pm1,73$, Toplum ruh sağlığı merkezinde izlenen hastaların ortalama karşılanmamış ihtiyaç sayısı $2,00\pm2,12$, Büyük depo hastanede izlenen hastaların ortalama karşılanmamış ihtiyaç sayısı $0,76\pm1,56$ 'dır.

Tablo 59-) Hastalar izlendikleri hastane tiplerine göre gruplandırılınca, karşılanmamış ihtiyaç sayılarının, Kruskal Wallis testi ile karşılaştırılması.

Kruskal Wallis testi

	Hasta-Eks.İht.	Bakım-Eks.İht.
Ki-Kare	,967	19,485
df	2	2
p	,617	,000

İzlendiği hastane tipine göre, hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaçlarda, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p= 0,617$).

İzlendiği hastane tipine göre bakımvereninin belirlediği karşılanmamış ihtiyaçlarda, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir fark belirlenmiştir. ($p< 0,0001$)

Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirleyebilmek için, p anlamlılık değeri 0,05/3'e çekilerek Mann-Whitney U testi ile ikili karşılaştırmalar yapıldığı zaman,

Tablo 60-) Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre, bakımverenlerin belirlediği *karşılanmamış* ihtiyaç sayısında İkili Mann-Whitney U testleri karşılaştırmaları

	Bakım-Eks.İht.
Mann-Whitney U	290,500
Wilcoxon W	500,500
Z	-1,059
P (2-yönlü)	,289

Bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında, Üniversite hastanesinde izlenen hastalar ile, toplum ruh sağlığı merkezinde izlenen hastalar arasında anlamlı bir fark belirlenmemiştir. ($p=0,289$)

	Bakım-Eks.İht.
Mann-Whitney U	306,500
Wilcoxon W	1086,50
Z	-4,284
p (2-yönlü)	,000

Bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında, büyük depo hastane tarafından izlenen hastaların üniversite hastanesinde izlenen hastalara göre daha az sayıda karşılanmamış ihtiyacı belirlenmiştir, bu fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. (**p< 0,0001**)

	Bakım-Eks.İht.
Mann-Whitney U	229,500
Wilcoxon W	1009,50
Z	-2,822
p (2-yönlü)	,005

Bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında, büyük depo hastane tarafından izlenen hastaların toplum ruh sağlığı merkezi tarafından izlenen hastalara göre daha az sayıda karşılanmamış ihtiyacı belirlenmiştir, bu fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (**p= 0,005**)

Tablo 61: Ölçeklerin birbirleriyle ilişkisi.

		PANSS TOP. PUAN	AİLEYK TOP. PUAN	CALG TOP. PUAN	PSP TOP. PUAN	ŞYNÖ TOP. PUAN
PANSS TOPLAM PUAN	r	1	,509(**)	,433(**)	-,708(**)	-,655(**)
	p		,000	,000	,000	,000
AİLE YÜKÜ TOPLAM PUAN	r	,509(**)	1	,198	-,491(**)	-,392(**)
	p	,000		,056	,000	,000
CALGARY TOPLAM PUAN	r	,433(**)	,198	1	-,131	-,145
	p	,000	,056		,207	,163
PSP TOPLAM PUAN	r	-,708(**)	-,491(**)	-,131	1	,921(**)
	p	,000	,000	,207		,000
ŞYNÖ TOPLAM PUAN	r	-,655(**)	-,392(**)	-,145	,921(**)	1
	p	,000	,000	,163	,000	

PANSS toplam puanı ile PSP toplam puanı arasında, negatif yönde %70,8 düzeyinde istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir. (p=0,001)

PANSS toplam puanı ile ŞYNÖ toplam puanı arasında, negatif yönde %65,5 düzeyinde istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir. (p=0,001)

PANSS toplam puanı ile Aile yükü toplam puanı arasında, pozitif yönde %50,9 düzeyinde istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir (p=0,001)

PANSS toplam puanı ile Calgary depresyon toplam puanı arasında, pozitif yönde %43,3 düzeyinde istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir. (p=0,001)

Aile yükü toplam puanı ile PSP toplam puanı arasında, negatif yönde, %49,1 düzeyinde istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir. (p=0,001)

Aile yükü toplam puanı ile ŞYNÖ toplam puanı arasında, negatif yönde, %39,2 düzeyinde istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir. (p=0,001)

PSP toplam puanı ile ŞYNÖ toplam puanı arasında, pozitif yönde %92,1 düzeyinde istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki görülmektedir. (p=0,001)

Tablo 62-) Hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı için Regresyon modeli

Anlamlı Yordayıcılar	R	R Kare	Düz. R kare	Std. Hata	R Kare Değişimi	F değış.	P
1-Yaşam alanı	,251	,063	,052	2,32080	,063	5,650	,020
2-Cinsiyet	,416	,173	,153	2,19363	,110	11,021	,001
3-Calgary	,581	,338	,313	1,97509	,165	20,384	,000
4-Aile Yükü Top. Puan	,649	,421	,393	1,85728	,084	11,733	,001
5-PANSS-pozitif	,672	,451	,417	1,81993	,030	4,359	,040

(R=0,672, R kare= 0,451, F=13,157, p<0,0001)

Regresyon eşitliğine giren değişkenler, hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısını kestirebilmek açısından varyansın %45,1'ini açıklamaktadır.(p=0,0001)

İlk blokta, kontrol değişkeni olarak alınan yaşam alanı, (bakımverenle hastanın ilişkisi), varyansın %6,3'ünü açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir.(p=0,20)

İkinci blokta kontrol değişkeni olarak alınan cinsiyet, varyansın %11'ini açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,001)

Üçüncü blokta yordayıcı değişken olarak alınan, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, varyansın %16,5'ini açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,0001)

Üçüncü blokta yordayıcı değişken olarak alınan, Algılanan Aile Yüğü Ölçeği, varyansın % 8,4'ünü açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,001)

Üçüncü blokta yordayıcı değişken olarak alınan, PANSS-pozitif belirtiler ölçeği, varyansın % 3'ünü açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir.(p=0,04)

Tablo 63: Hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı için oluşturulan Regresyon modelindeki, (R=0,672, R kare= 0,451, F=13,157, p<0,0001) ANOVA değişkenlerin bağıntı katsayıları(B), Standartize edilmiş Beta katsayıları

Yordayıcılar	B	β	t	p
Yaşam alanı	1,221	,250	2,741	,008
Cinsiyet	1,489	,290	3,413	,001
Calgary	,242	,307	3,385	,001
Aile Yüğü	,035	,217	2,308	,024
PANSS-pozitif	,106	,207	2,088	,040

Yaşam alanının bakımevi olması, hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı ile pozitif yönde, %25 düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı ilişki göstermektedir.(p= 0,008)

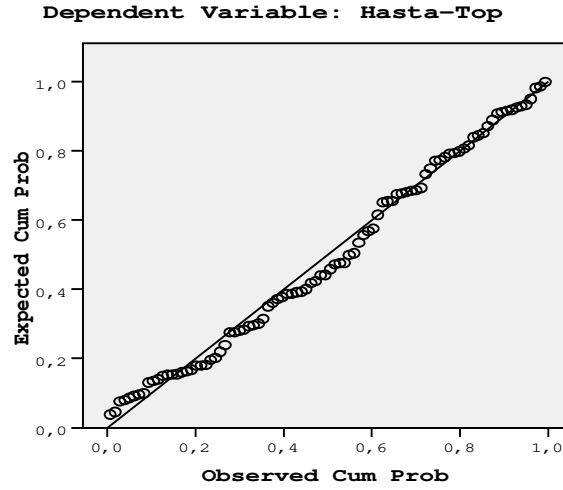
Cinsiyet değişkeninde, erkek cinsiyete sahip olmak, hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı ile pozitif yönde, %29 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir ilişki göstermektedir.(p= 0,001)

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Toplam puanı, hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı ile pozitif yönde, %30,7 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki göstermektedir.(p= 0,001)

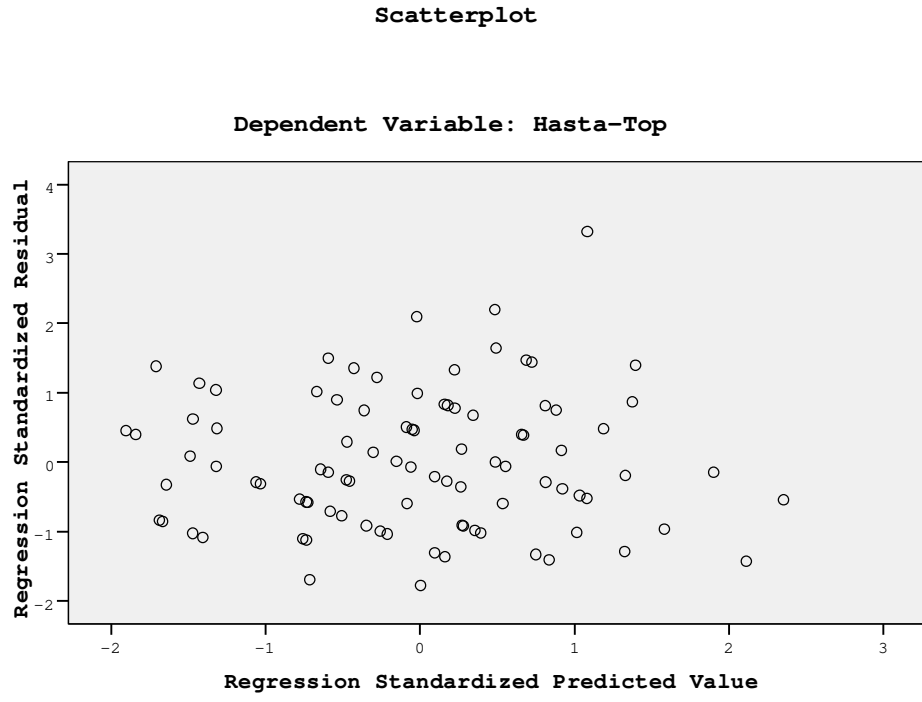
Aile yükü toplam puanı, hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı ile pozitif yönde, %21,7 düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı ilişki göstermektedir.($p= 0,024$)

PANSS-pozitif belirtiler puanı, hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı ile pozitif yönde, %20,7 düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı ilişki göstermektedir.($p= 0,040$)

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Şekil 1: Hastanın belirlediği toplam ihtiyaçlar regresyon modelinde, öngörülen(beklenen) değerler- gözlenen değerler doğrusu



Şekil 2- Hastanın belirlediği toplam ihtiyaçlar regresyon modelinde Standartize edilmiş rezidüel değerler ve standardize edilmiş öngörülen değerlerin dağılımı

Tablo 64-) Bakımverenin belirlediği, toplam ihtiyaç sayısı için Regresyon modeli

Anlamlı yordayıcı.	R	R Kare	Düz. R Kare	R Kare Değiş.	F Değiş.	p
Yaşam Alanı	,426	,182	,172	,182	18,635	,000
Cinsiyet	,530	,281	,263	,099	11,428	,001
PANSS Pozitif belir.	,705	,496	,478	,216	35,134	,000
PSP Top. Puan	,758	,574	,553	,078	14,774	,000
PANSS Negatif belir.	,782	,611	,587	,037	7,593	,007
Calgary Top. Puan	,804	,646	,619	,035	7,858	,006
AileYükü Top. Puan	,821	,673	,644	,027	6,454	,013

(Regresyon Modeli, R=0,821, R kare=0,673 F=22,957 p<0,0001,ANOVA)

Regresyon denklemine giren değişkenler, bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, toplam varyansın %67,3 'ünü açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. (p=0,0001)

İlk blokta, kontrol değişkeni olarak alınan yaşam alanı, bakımverenle hastanın ilişkisi, varyansın %9,9'unu açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,001)

İkinci blokta kontrol değişkeni olarak alınan cinsiyet, varyansın %11'ini açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,001)

Üçüncü blokta yordayan değişken olarak alınan, PANSS-pozitif belirtiler ölçeği varyansın %21,6'sını açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,0001)

Üçüncü blokta yordayan değişken olarak alınan PSP toplam puanı varyansın %7,8'ini açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,0001)

Üçüncü blokta yordayan değişken olarak alınan, PANSS-negatif belirtiler ölçeği varyansın % 3,7'sini açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,04)

Üçüncü blokta yordayan değişken olarak alınan, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, varyansın %3,5'ini açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,006)

Üçüncü blokta yordayan değişken olarak alınan, Algılanan Aile Yüğü Ölçeği, varyansın % 2,7'sini açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir.(p=0,013)

Tablo 65: Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı için oluşturulan Regresyon modelindeki, değişkenlerin bağıntı katsayıları

Yordayıcılar	B	Std. Hata	Beta	t	p
Yaşam Alanı	,876	,372	,201	2,358	,021
Cinsiyet	1,008	,310	,220	3,250	,002
PANSS Pozitif-bel-puanı	,087	,037	,190	2,348	,021
PSP_Top. Puan	-,062	,015	-,537	-4,126	,000
PANSS-Negatif-bel-puanı	-,131	,039	-,344	-3,340	,001
CALGARY Toplam Puan	,148	,051	,210	2,912	,005
Aile Yüğü Toplam Puanı	,029	,012	,206	2,541	,013

Yaşam alanı-bakımverenin 1.derece akraba olmaması ile Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı arasında, pozitif yönde, %20,1düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.(p=0,021)

Hastanın erkek olması ile Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı arasında, pozitif yönde, %22 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.(p=0,002)

Hastanın PANSS-pozitif belirtiler puanı ile Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı arasında, pozitif yönde, %19 düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.($p=0,021$)

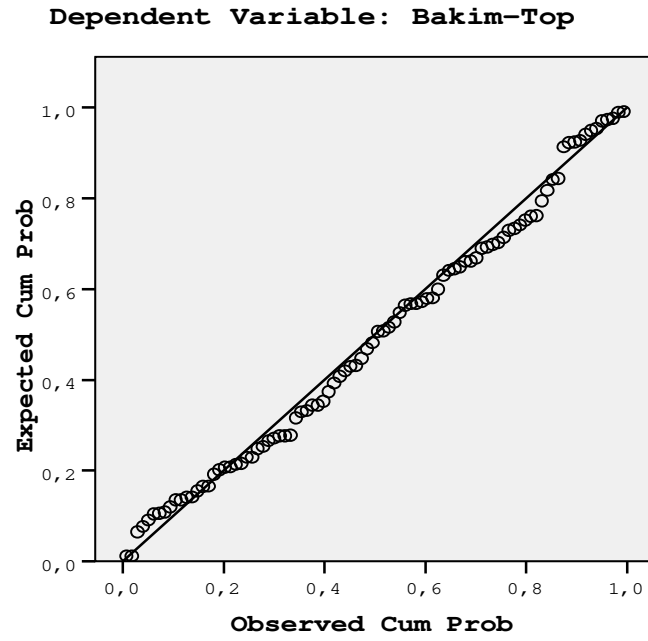
Hastanın PSP toplam puanı ile Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, %53,7 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.($p=0,0001$)

Hastanın PANSS-negatif belirtiler puanı ile Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı arasında, negatif yönde, %34,4 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir($p=0,001$)

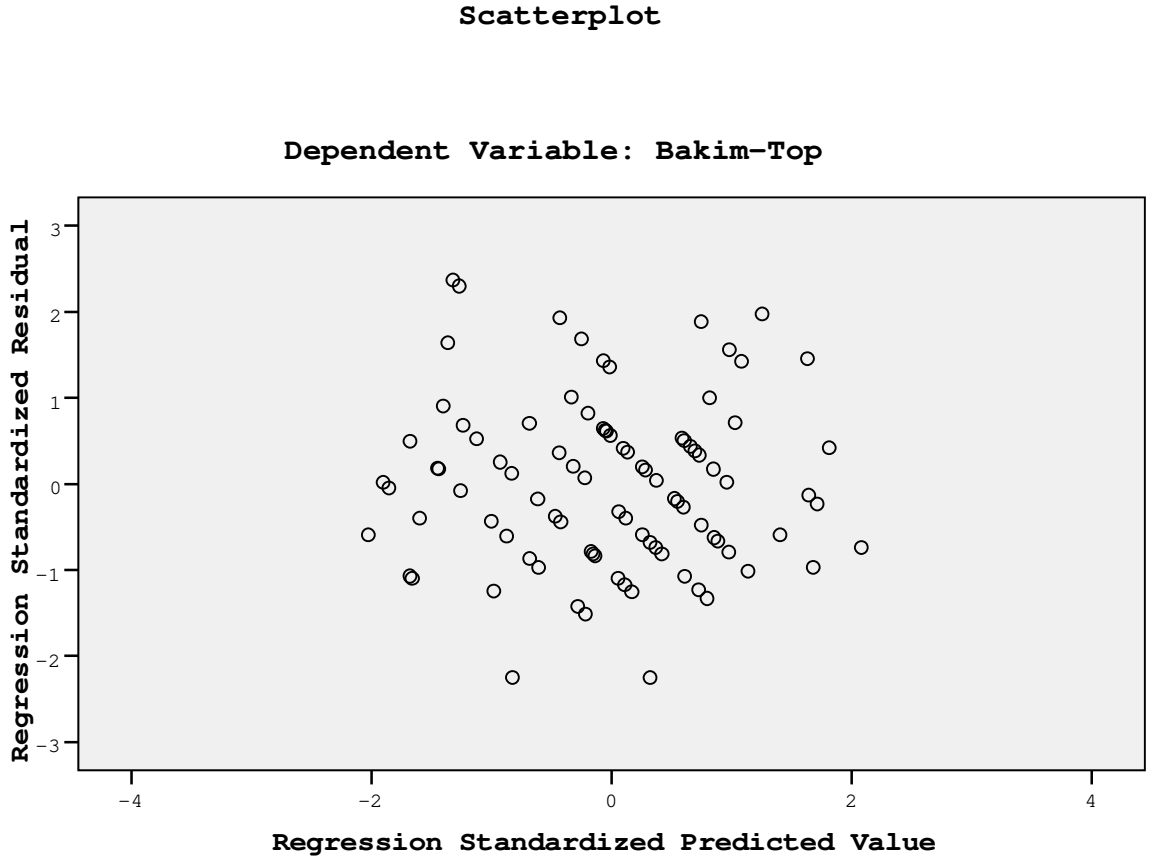
Hastanın Calgary toplam puanı ile Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı arasında, pozitif yönde, %21 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.($p=0,005$)

Hastanın Aile yükü toplam puanı ile Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı arasında, pozitif yönde, %20,6 düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir.($p=0,013$)

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Şekil 3- Bakımvernin belirlediği toplam ihtiyaçlar regresyon modelinde, öngörülen (beklenen) değerler- gözlenen değerler doğrusu



Şekil 4- Bakımvornin belirlediği toplam ihtiyaçlar regresyon modelinde, modelinde Standartize edilmiş rezidüel değerler ve standardize edilmiş öngörülen değerlerin dağılımı

Tablo 66: Hastanın belirlediği karşılanmamış ihtiyaçlar için, regresyon modeli

Yordayıcılar	R	R Kare	Düz. R Kare	Std. Hata	R Kare Değiş.	F Değiş.	p
Aile yükü Top.Puan	,439	,193	,183	1,68618	,193	20,099	,000
PANSS genel Psikopato. Pu.	,484	,234	,216	1,65261	,041	4,448	,038

(R=0,484, R kare= 0,234, F=12,686 p< 0,0001 ANOVA)

Değişkenler, hastanın belirlediği karşılanmamış ihtiyaçları öngörmeye, varyansın %23,4'ünü açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. (p< 0,0001).

Aile yükü toplam puanı, hastanın belirlediği karşılanmamış ihtiyaçları öngörmeye, varyansın %19,3'ünü açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. (p< 0,0001).

PANSS genel psikopatoloji puanı, hastanın belirlediği karşılanmamış ihtiyaçları öngörmeye, varyansın %4,1'ini açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir. (p< 0,038)

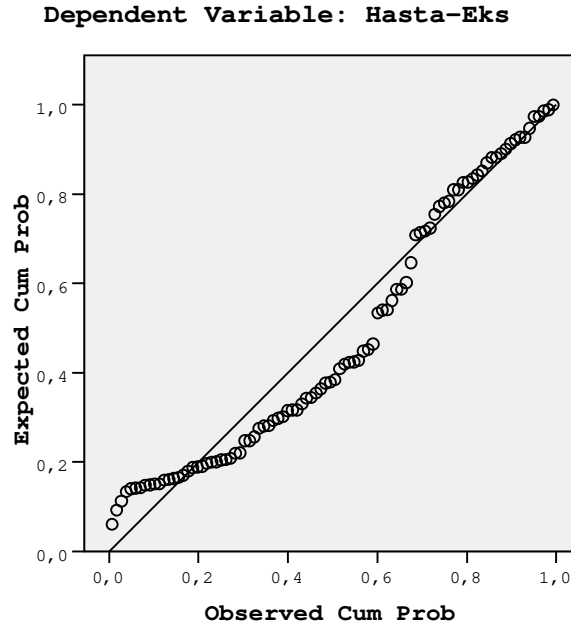
Tablo 67: Hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı için oluşturulan Regresyon modelindeki, değişkenlerin bağıntı katsayıları

Yordayıcılar	B	Std. Hata	Beta	t	p
Aile Yükü Toplam Puanı	,042	,013	,340	3,180	,002
PANSS Genel Psikopatoloji puanı	,065	,031	,226	2,109	,038

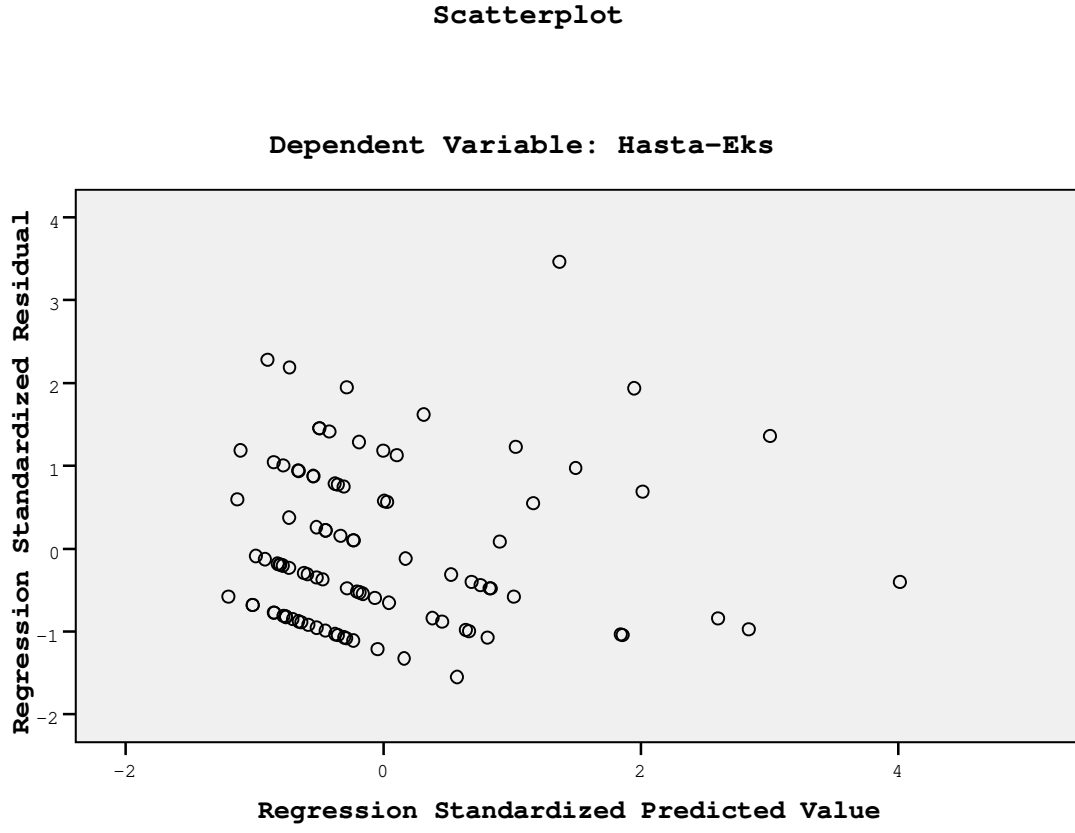
Aile yükü toplam puanı, hastanın belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı ile, pozitif yönde, %34 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki göstermektedir.(p=0,002)

PANSS genel psikopatoloji puanı, hastanın belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı ile, pozitif yönde, %22,6 düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı ilişki göstermektedir.(p=0,038)

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Şekil 5- Hastanın belirlediği eksik ihtiyaçlar regresyon modelinde, öngörülen (beklenen) değerler- gözlenen değerler doğrusu



Şekil 6- Hastanın belirlediği eksik ihtiyaçlar regresyon modelinde Standartize edilmiş rezidüel değerler ve standardize edilmiş öngörülen değerlerin dağılımı

Tablo 68: Bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaçlar için regresyon modeli

Anlamlı Yordayıcılar	R	R Kare	Düz. R Kare	Std. Hata	R kare değiş.	F Değiş.	p
Yaşam Alanı	,562	,316	,308	1,57585	,316	38,819	,000
Cinsiyet	,592	,350	,334	1,54539	,034	4,344	,040
PANSS pozitif Belirtiler puanı	,725	,526	,509	1,32787	,176	30,419	,000
Aile yükü Toplam puanı	,767	,588	,567	1,24590	,062	12,146	,001

(R=0,767 R kare = 0,588 F=28,872 p<0,0001 ANOVA)

Değişkenler, bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısında, toplam varyansın %58,8'ini açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p<0,0001)

Yaşam alanı, bakımveren ile hastanın ilişkisi, bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaçları öngörmede, varyansın %30,8'ini açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. (p=0,0001).

Hastanın erkek olması, bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaçları öngörmede, varyansın %3,4'ünü açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir. (p=0,040).

PANSS pozitif belirtiler puanı ,bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaçları öngörmede, varyansın %17,6'sını açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. (p=0,0001).

Aile yükü toplam puanı bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaçları öngörmede, varyansın %6,2'sini açıklamakta, bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. (p=0,001)

Tablo 69: Bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı için oluşturulan Regresyon modelindeki, bağımsız değişkenlerin bağıntı katsayıları

	B	Std. Hata	Beta	t	p
Yaşam Alanı	-2,510	,289	-,647	-8,681	,000
Cinsiyet	,614	,298	,150	2,057	,043
PANSS Pozitif Belirtiler puanı	,123	,033	,302	3,677	,000
AILE Yüğü Toplam puanı	,036	,010	,282	3,485	,001

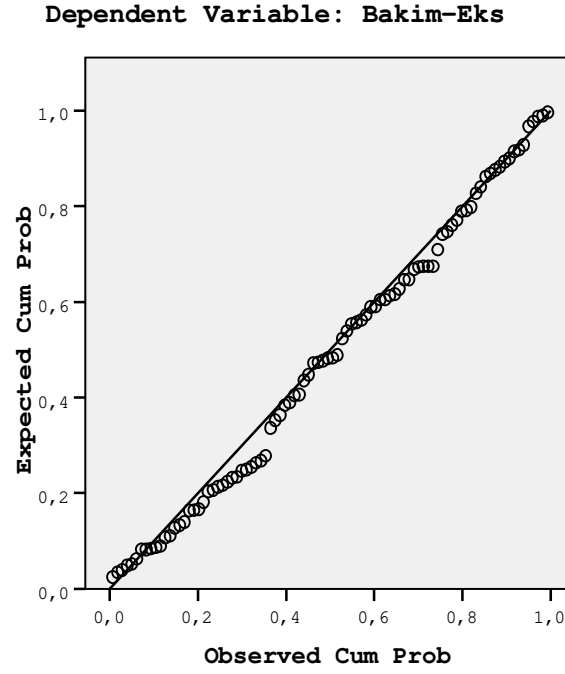
Hastanın bakımevinde yaşaması, bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı ile, negatif yönde, %64,7 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki göstermektedir. (p=,0001)

Hastanın erkek olması, bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı ile, pozitif yönde , %15 düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı ilişki göstermektedir. (p=,043)

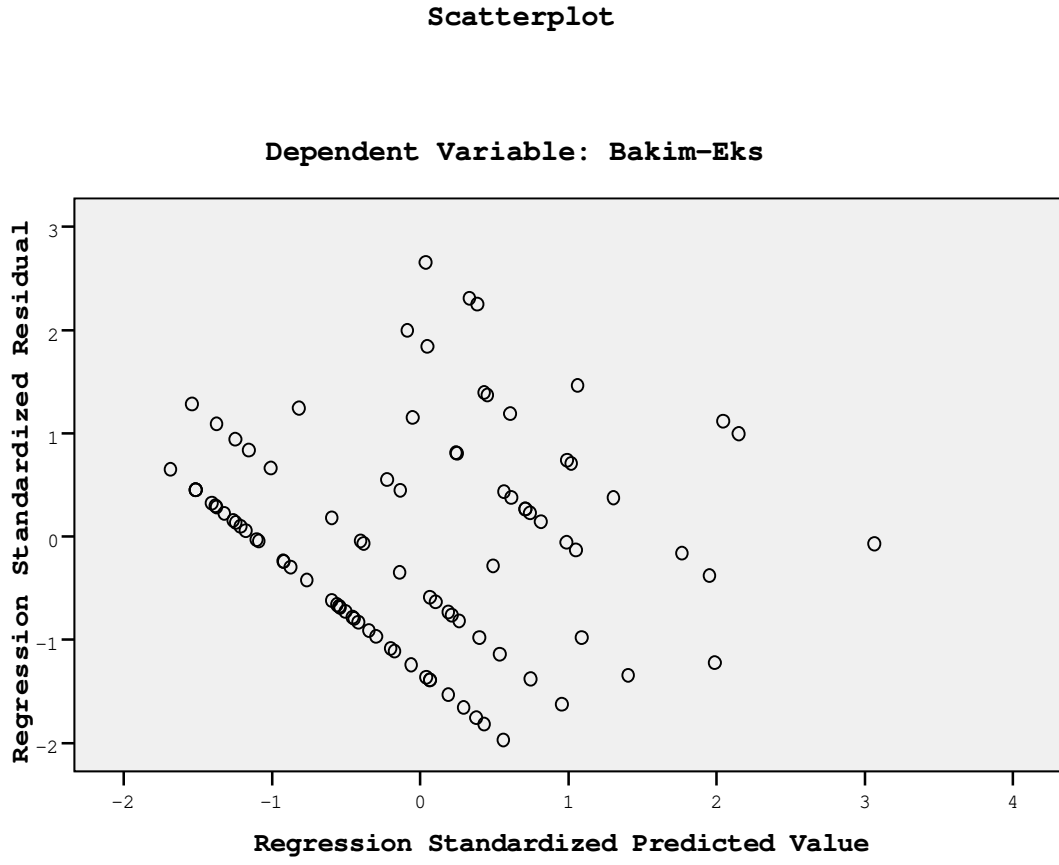
PANSS pozitif belirtiler puanı ile Bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı arasında, pozitif yönde, %30,2 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir.(p=0,0001)

Aile yüğü toplam puanı ile Bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı arasında, pozitif yönde, %28,2 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir.

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



Şekil 7- Bakımverenin belirlediği eksik ihtiyaçlar regresyon modelinde, öngörülen (beklenen) değerler- gözlenen değerler doğrusu



Şekil 8- Bakımverenin belirlediği eksik ihtiyaçlar regresyon modelinde Standartize edilmiş rezidüel değerler ve standardize edilmiş öngörülen değerlerin dağılımı

Tablo 70: Hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısı ile bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısının, bağımlı iki grup ortalamaları t testi ile karşılaştırılması

	ortalama	Std. sapma	Std. hata
Hasta-Top.İht.	6,2234	2,38343	,24583
Bakım-Top.İht.	6,2979	2,12931	,21962

	Farkların ortalaması	Std. sapma	Std. hata	Ortalamalar farkının%95 güven aralığı		P (iki yön)
Hasta-Top.İht. Bakım-Top.İht	-,07447	1,43114	,14761	-,36759	,21866	0,615

İki grubun ortalmaları farkı 0, 07447'dir.($p=0,615$) $p > 0,05$ olduğu için iki grubun ortalamaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

Tablo 71: Hastaların belirlediği toplam ihtiyaç sayısı ile bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısının Wilcoxon testi ile karşılaştırılması

	Bakım-Top.İht Hasta-Top.İht.
Z	-1,213
P (iki yönlü)	,225

İki grubun ortancaları arasındaki fark 1,213 ($p=0,225$) $p>0, 05$ olduğu için iki grubun ortancaları arasında, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir.

Tablo 72: Hasta ve bakımverenlerin ihtiyaçları belirlemede gösterdikleri uyumun, her bir ihtiyaç alanı için ayrı ayrı değerlendirilmesi

Mc Nemar ve Cohen'in kappa testleri uygulanmıştır

İhtiyaçları belirlemede	Mc-Nemar Testi p değeri	Kohen kappa değeri	Kohen kappa p değeri
Yerleşim yeri	1	1	0,0001
Günlük aktivite, uğraşı , iş	0,289	0,824	0,0001
Özgül psikotik semptomlar	1	0,824	0,0001
Psikolojik sorunlar	0,219	0,868	0,0001
Hastanın genel durumu, tedavisi ilgili bilgi düzeyi	0,250	0,807	0,0001
Reçete edilmeyen ilaçlar	0,625	0,578	0,0001
Yiyecek ve öğünler	1	0,978	0,0001
Ev işleri ile ilgili beceriler	1	0,976	0,0001
Öz-bakım ve görünüm	0,250	0,390	0,0001
Kendi güvenliği	1	0,956	0,0001
Diğerlerinin güvenliği	0,375	0,825	0,0001
para	1	0,935	0,0001
Çocuk bakımı	1	0,662	0,0001
Bedensel sağlık	1	1	0,0001
Alkol	1	1	0,0001
Temel eğitim	1	0,941	0,0001
İlişkiler	0,007	0,635	0,0001
Telefon	0,063	0,771	0,0001
Toplu taşıma araçları	1	0,789	0,0001
Güvenceler	1	0,785	0,0001

Hasta ve bakımverenlerin arasındaki uyumu gösteren Mc-Nemar testine göre, “İlişkiler” ihtiyaç alanında $p=0,007$ 'dir. ($p < 0,05$) olduğu için, bu alanda hasta ve bakımverenler arasında fark, istatistiksel açıdan anlamlıdır.

Mc Nemar testine göre, diğer bütün ihtiyaç alanlarında $p > 0,05$ 'dir. Diğer bütün ihtiyaç alanlarında Hasta ve bakımverenler arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

İki grup arasındaki uyumun derecesini gösteren Cohen kappa testine göre, "Yerleşim yeri" konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %100 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p=0,0001$)

"Günlük aktivite, uğraşı-iş" konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %82,4 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. ($p = 0,0001$)

"Psikotik semptomlar" konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakıverenler arasındaki uyum, %82,4 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. ($p = 0,0001$)

"Psikolojik sorunlar" konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakıverenler arasındaki uyum, %86,8 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. ($p=0,0001$)

"Bilgilendirilme" konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %80,8 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p=0,0001$)

"Reçete edilmeyen ilaçlar" konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakıverenler arasındaki uyum, %57,8 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. ($p=0,0001$)

"Yiyecek ve öğünler" konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %97,8 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. ($p=0,0001$)

"Ev işleri ile ilgili beceriler" konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakıverenler arasındaki uyum, %97,6 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. ($p=0,0001$)

"Öz bakım" konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %39 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. ($p=0,0001$)

"Hastanın kendi güvenliği" konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakıverenler arasındaki uyum, %95,6 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir. ($p=0,0001$)

“Diğerlerinin güvenliği” konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakıverenler arasındaki uyum, %82,5 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,0001)

“Para” konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %93,5 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,0001)

“Çocuk bakımı” konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakıverenler arasındaki uyum, %66,2 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,0001)

“Bedensel sağlık” konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %100 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (p=0,0001)

“Alkol” konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %100 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,0001)

“Temel eğitim” konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %94,1 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,0001)

“İlişkiler” konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %63,5 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,0001)

“Telefon” konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakıverenler arasındaki uyum, %77,1 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,0001)

“Toplu taşıma araçları” konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakıverenler arasındaki uyum, %78,9 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.(p=0,0001)

“Güvenceler” konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakıverenler arasındaki uyum, %78,5 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir(p=0,0001)

Tablo 73: Hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı ile bakımverenlerin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısının bağımlı iki grup ortalaması t testi ile karşılaştırılması.

	ortalma	Std. Sapma	Std. Hata
Hasta-Eks.İht.	2,0426	1,86602	,19247
Bakım-Eks.İht.	1,6383	1,89425	,19538

	Farkların Ortalaması	Std. Sapma	Std. Hata	95% güven aralığı		p (iki yön)
Hasta-Eks.İht. - Bakım-Eks.İht.	,40426	1,56108	,16101	,08452	,72400	,014

Ortalamaların farkı 0,40426'dır.($p=0,014$)

$p<0,05$ olduğu için iki grup ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlıdır.

Tablo 74: Hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısı ile bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç sayısının Wilcoxon testi ile karşılaştırılması.

	Bakım-Eks.İht. Hasta-Eks.İht
Z	-2,417(a)
p (2-yönlü)	,016

$Z= 2,417$ ($p = 0,016$)

$p< 0,05$ olduğu için, iki grup ortancaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır.

Tablo 75: Hasta ve bakımverenlerin karşılanmamış ihtiyaçları belirlemede gösterdikleri uyumun, her bir ihtiyaç alanı için ayrı ayrı değerlendirilmesi.

Mc Nemar ve Cohen'in kappa testleri uygulanmıştır

Karşılanmamış İhtiyaçları belirlemede gösterdikleri uyum	Mc-Nemar Testi p değeri	Kohen kappa değeri	Kohen kappa p değeri
Yerleşim yeri	0,0001	0,062	0,284
Günlük aktivite, uğraşı, iş	1	0,609	0,0001
Özgül psikotik belirtiler	0,180	0,470	0,0001
Psikolojik sorunlar	0,774	0,419	0,02
Hastanın genel durumu, tedavisi ilgili bilgi düzeyi	1	0,588	0,088
Reçete edilmeyen ilaçlar	1	1	0,083
Yiyecek ve öğünler	1	0,833	0,0001
Ev işleri ile ilgili beceriler	0,50	0,783	0,0001
Öz-bakım ve görünüm			
Kendi güvenliği	1	0,887	0,0001
Diğerlerinin güvenliği	1	0,842	0,001
Para	0,687	0,316	0,43
Çocuk bakımı			
Bedensel sağlık	1	1	0,0001
Alkol	1	1	0,157
Temel eğitim	1	1	0,003
İlişkiler	0,344	0,625	0,0001
Telefon	1	1	0,002
Toplu taşıma araçları	1	0,50	0,248
Güvenceler	1	0,759	0,003

Hasta ve bakımverenlerin arasındaki uyumu gösteren Mc-Nemar testine göre, yerleşim yeri ihtiyaç alanında $p=0,0001$ 'dir. ($p < 0,05$) olduğu için, bu alanda hasta ve bakımverenler arasında fark, istatistiksel açıdan anlamlıdır.

Mc Nemar testine göre, diğer bütün ihtiyaç alanlarında $p > 0,05$ 'dir. Diğer bütün ihtiyaç alanlarında hasta ve bakımverenler arasındaki fark, istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

“Öz-bakım ve çocuk bakımı” alanlarında sadece bir kişi tarafından, ihtiyaç belirlendiği için Mc Nemar ve Cohen kappa testleri hesaplanamamıştır.

İki grup arasındaki uyumun derecesini belirleyen Cohen kappa testine göre, "Yerleşim yeri" konusunda, karşılanmamış ihtiyaçları belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %6,2 düzeyinde, $p=0,284$ olduğu için istatistiksel açıdan iki grubun uyumunda, anlamlılık görülmemektedir. ($p>0,05$)

"Günlük aktivite, uğraşı-iş" konusunda, karşılanmamış ihtiyaçları belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %60,9 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı görülmektedir ($p=0,0001$)

"Psikotik semptomlar" konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %47 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı görülmektedir. ($p= 0,0001$)

"Psikolojik sorunlar" konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %41,9 düzeyinde, istatistiksel açıdan anlamlı görülmektedir. ($p =0,020$)

"Bilgilendirilme" konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %58,8 düzeyinde, $p=0,088$ olduğu için, istatistiksel açıdan anlamlılık görülmemektedir. ($p > 0,05$)

"Reçete edilmeyen ilaçlar" konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %100 düzeyinde, $p= 0,083$ olduğu için istatistiksel açıdan anlamlılık görülmemektedir. ($p > 0,05$)

"Yiyecek ve öğünler" konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %83,3 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı görülmektedir. ($p=0,0001$)

"Ev işleri ile ilgili beceriler" konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %78,3 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı görülmektedir. ($p= 0,0001$)

"Hastanın kendi güvenliği" konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %88,7 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı görülmektedir. ($p= 0,0001$)

"Diğerlerinin güvenliği" konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %84,2 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı görülmektedir. ($p =0,001$)

“Para” konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %31,6 düzeyinde, $p=0,43$ olduğu için istatistiksel açıdan anlamlılık görülmemektedir ($p > 0,05$)

“Bedensel sağlık” konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %100 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı görülmektedir ($p=0,0001$)

“Alkol” konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %100 düzeyinde, $p=0,157$ olduğu için istatistiksel açıdan anlamlılık görülmemektedir ($p > 0,05$)

“Temel eğitim” konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %100 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı görülmektedir ($p =0,003$)

“İlişkiler” konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %62,5 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı görülmektedir ($p =0,0001$)

“Telefon” konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %100 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı görülmektedir ($p =0,002$)

“Toplu taşıma araçları” konusunda, karşılanmamış ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %50 düzeyinde, $p=0,248$ olduğu için istatistiksel açıdan anlamlılık görülmemektedir. ($p>0,05$)

“Güvenceler” konusunda, ihtiyaç belirleme açısından, hasta ve bakımverenler arasındaki uyum, %75,9 düzeyinde, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı görülmektedir. ($p = 0,003$)

Tablo 76: Her bir İhtiyaç Alanının, Hastaların izlendiği Hastane tipi ile ilişkisi.

İzlendiği Hastane - İhtiyaç Alanı	Üniversite Hastanesi				Toplum Ruh Sağlığı Merkezi				Büyük Depo Hastane				
	İhtiyaç Yok		İhtiyaç Var		İhtiyaç Yok		İhtiyaç Var		İhtiyaç Yok		İhtiyaç Var		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Özgül Psi. Bel.	4	11,4	31	88,6	1	5	19	95	5	12,8	34	87,2	0,64
İlişkiler	14	40	21	60	2	10	18	90	19	48,7	20	51,3	0,01
Ev işleri Beceri.	19	54,3	16	45,7	10	50	10	50	1	2,6	38	97,4	0,00
Günlük Aktivite	24	68,6	11	31,4	4	20	16	80	12	30,8	27	69,2	0,00
Psiko. Sorun.	8	22,9	27	77,1	8	40	12	60	24	61,5	15	38,5	0,00
Para	20	57,1	15	42,9	10	50	10	50	24	61,5	15	38,5	0,69
Öz-güvenlik	19	54,3	16	45,7	12	60	8	40	24	61,5	15	38,5	0,80
Yiyecek Öğünler	35	100	0	0	19	95	1	5	4	10,3	35	89,7	0,00
Yerleşim Yeri	35	100	0	0	19	95	1	5	4	10,3	35	89,7	0,00
Beden Sağlık	25	71,4	10	28,6	15	75	5	25	32	82,1	7	17,9	0,55
Diğer. Güven.	29	82,9	6	17,1	14	70	6	30	35	89,7	4	10,3	0,16
Güven	26	74,3	9	25,7	16	80	4	20	35	89,7	4	10,3	0,21

celer													
Bilgi	30	85,7	5	14,3	19	95	1	5	38	97,4	1	2,6	0,14
Telefon	32	91,4	3	8,6	20	100	0	0	27	69,2	12	30,8	0,00
Temel Eğitim	34	97,1	1	2,9	19	95	1	5	31	79,5	8	20,5	0,03
İlaçlar	34	97,1	1	2,9	18	90	2	10	38	97,4	1	2,6	0,35
Toplu Taşıma	34	97,1	1	2,9	18	90	2	10	37	94,9	2	5,1	0,52
Öz-bakım	35	100	0	0	20	100	0	0	38	97,4	1	2,6	0,49
Alkol	35	100	0	0	18	90	2	10	39	100	0	0	0,41
Çocuk bakımı	33	94,3	2	5,7	20	100	0	0	39	100	0	0	0,17

p: Pearson Ki-Kare anlamlılık değeri

Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Özgül Psikotik Belirtiler” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastane tipi ile “Özgül Psikotik Belirtiler” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,642**).

Hastalar izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “İlişkiler” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p=0,013**). Toplum Ruh Sağlığı Merkezine giden hastalar, üniversite hastanesi ve büyük depo hastaneye giden hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermekte, diğer iki hastane arasında fark yoktur.

Hastalar izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Ev işleri ile ilgili beceriler” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır. (**p<0,0001**). Büyük depo hastaneye giden hastalar, üniversite hastanesi ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine giden hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermekte, diğer iki hastane arasında fark yoktur.

Hastalar izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Günlük aktivite, uğraşı, iş” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır.

($p<0,0001$). Üniversite hastanesine giden hastalar, Büyük depo hastaneye ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine giden hastalara göre bu alanda daha az ihtiyaç göstermekte, diğer iki grup arasında fark yoktur.

Hastalar izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Psikolojik sorunlar” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır. **($p=0,003$)**. Büyük depo hastaneye giden hastalar, üniversite hastanesi ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine giden hastalara göre bu alanda daha az ihtiyaç göstermekte, diğer iki hastane arasında fark yoktur.

Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Para” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastane tipi ile ‘Para’ ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur **($p=0,697$)**.

Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Öz-Güvenlik” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastane tipi ile ‘Öz-Güvenlik’ ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur **($p=0,809$)**.

Hastalar izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Yiyecek ve Öğünler” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır. **($p<0,0001$)**. Büyük depo hastaneye giden hastalar, üniversite hastanesi ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine giden hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermekte, diğer iki hastane arasında fark yoktur.

Hastalar izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Yerleşim Yeri” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır. **($p<0,0001$)**. Büyük depo hastaneye giden hastalar, üniversite hastanesi ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine giden hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermekte, diğer iki hastane arasında fark yoktur.

Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Bedensel Sağlık” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastane tipi ile ‘Bedensel Sağlık’ ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur **($p=0,550$)**.

Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Diğerlerinin Güvenliği” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastane tipi ile “Diğerlerinin Güvenliği” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur **($p=0,161$)**.

Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Güvenceler” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastane tipi ile “Güvenceler” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,219**).

Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Bilgilendirilme” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastane tipi ile “Bilgilendirilme” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,142**).

Hastalar izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Telefon” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır. (**p=0,003**). Büyük depo hastaneye giden hastalar, üniversite hastanesi ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine giden hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermekte, diğer iki hastane arasında fark yoktur.

Hastalar izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Temel Eğitim” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır. (**p=0,032**). Büyük depo hastaneye giden hastalar, üniversite hastanesi ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezine giden hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermekte, diğer iki hastane arasında fark yoktur.

Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “İlaçlar” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastane tipi ile “İlaçlar” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,357**).

Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Toplu Taşıma Araçları” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastane tipi ile “Toplu Taşıma Araçları” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,524**).

Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Öz-bakım” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastane tipi ile “Öz-bakım” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,490**).

Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Alkol” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastane tipi ile “Öz-bakım” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,413**).

Hastaların izlendiği hastane tiplerine göre gruplandırıldığında, “Çocuk bakımı” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastane tipi ile “Çocuk bakımı” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,179**).

Tablo 77-) Her bir İhtiyaç Alanının, Hastaların Yaşam Alanı ile İlişkisi

Yaşam Alanı-İhtiyaçlar	Birinci Derece Akrabasıyla Yaşayan				Bakımevinde Yaşayan				
	İhtiyaç Yok		İhtiyaç Var		İhtiyaç Yok		İhtiyaç Var		
	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Özgül psikotik bel.	5	8,8	52	91,2	5	14,3	30	85,7	0,497*
İlişkiler	16	28,1	41	71,9	19	54,3	16	45,7	0,022
Ev işleri becerileri	29	50,9	28	49,1	0	0	35	100	0,0001
Günlük aktivite, iş	28	49,1	29	50,9	11	31,4	24	68,6	0,147
Psikolojik sorunlar	16	28,1	41	71,9	23	65,7	12	34,3	0,001
Para	29	50,9	28	49,1	24	68,6	11	31,4	0,147
Özgüvenlik	32	56,1	25	43,9	23	65,7	12	34,3	0,490
Yiyecek ve öğünler	57	100	0	0	0	0	35	100	0,0001
Yerleşim yeri	57	100	0	0	0	0	35	100	0,0001
Bedensel sağlık	42	73,7	15	26,3	28	80	7	20	0,662
Diğerlerinin güvenliği	44	77,2	13	22,8	32	91,4	3	8,6	0,143
Güvenceler	44	77,2	13	22,8	32	91,4	3	8,6	0,143
Hastanın genel dur. ilgili bilgi düzeyi	51	89,5	6	10,5	34	97,1	1	2,9	0,246*
Telefon	54	94,7	3	5,4	24	68,6	11	31,4	0,002
Temel Eğitim	54	94,7	3	5,3	28	80	7	20	0,039*
İlaçlar	55	96,5	2	3,5	34	97,1	1	2,9	1,00*
Toplu taşıma araçları	52	91,2	5	8,8	35	100	0	0	0,152*
Öz-bakım, görünüm	56	98,1	1	1,8	35	100	0	0	1,00*
Alkol	55	96,5	2	3,5	35	100	0	0	0,523*
Çocuk bakımı	55	96,5	2	3,5	35	100	0	0	0,523*

p: Yates düzeltmesi(Continuity Correction) Ki-Kare anlamlılık değeri

p*: Fisher Kesin Ki-Kare anlamlılık değeri

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında,“Özgül Psikotik Belirtiler” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile “Özgül Psikotik Belirtiler” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur ($p=0,497$).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, “İlişkiler” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır ($p=0,022$). Birinci derece

akrabasıyla yaşayan hastalar, bakımevinde yaşayan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%71,9-%45,7**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, “Ev işleri ile ilgili beceriler” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p<0,0001**). Bakımevinde yaşayan hastalar, Birinci derece akrabasıyla yaşayan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%100-%49,1**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, “Günlük aktivite, uğraşı, iş” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile “Günlük aktivite, uğraşı, iş” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,147**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, “Psikolojik sorunlar” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p=0,001**). Birinci derece akrabasıyla yaşayan hastalar, bakımevinde yaşayan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%71,9-%34,3**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, “Para” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile “Para” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,147**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, “Öz-Güvenlik” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile “Öz-Güvenlik” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,490**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, “Yiyecek ve Öğünler” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p<0,0001**). Bakımevinde yaşayan hastalar, Birinci derece akrabasıyla yaşayan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%100-%0,00**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, “Yerleşim Yeri” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p<0,0001**). Bakımevinde yaşayan hastalar, Birinci derece akrabasıyla yaşayan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%100-%0,00**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, “Bedensel sağlık” alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile “Bedensel sağlık” ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,662**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, "Diğerlerinin güvenliği" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile "Diğerlerinin güvenliği" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,143**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, "Güvenceler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile "Güvenceler" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,143**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, "Bilgilendirilme" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile "Bilgilendirilme" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,246**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, "Yiyecek ve Öğünler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p=0,002**). Bakımevinde yaşayan hastalar, Birinci derece akrabasıyla yaşayan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%31,4-%5,4**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, "Temel Eğitim" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p=0,039**). Bakımevinde yaşayan hastalar, Birinci derece akrabasıyla yaşayan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%20-%5,3**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, "İlaçlar" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile "İlaçlar" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, "Toplu Taşıma Araçları" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile "Toplu Taşıma Araçları" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,152**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, "Öz-bakım, görünüm" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile "Öz-bakım, görünüm" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, "Alkol" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile "Alkol" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,523**).

Hastalar yaşam alanlarına göre gruplandırıldığında, "Çocuk bakımı" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Hastaların yaşam alanı ile "Çocuk bakımı" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,523**).

Tablo 78-) Her bir İhtiyaç Alanının, Cinsiyet ile İlişkisi.

Cinsiyet-İhtiyaçlar	Kadın				Erkek				
	İhtiyaç Yok		İhtiyaç Var		İhtiyaç Yok		İhtiyaç Var		
	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Özgül psikotik belir.	3	10,3	26	89,7	7	10,8	58	89,2	1,00*
İlişkiler	15	51,7	14	48,3	20	30,8	45	69,2	0,087
Ev işleri becerileri	15	51,7	14	48,3	15	23,1	50	76,9	0,012
Günlük aktivite, iş	23	79,3	6	20,7	17	26,2	48	73,8	0,0001
Psikolojik sorunlar	12	41,4	17	58,6	28	43,1	37	56,9	1,00
Para	20	69	9	31	34	52,3	31	47,7	0,200
Özgüvenlik	19	65,5	10	34,5	36	55,4	29	44,6	0,487
Yiyecek ve öğünler	20	69	9	31	38	58,5	27	41,5	0,461
Yerleşim yeri	20	69	9	31	38	58,5	27	41,5	0,461
Bedensel sağlık	18	62,1	11	37,9	64	83,1	11	16,9	0,050
Diğerlerinin güven.	28	96,6	1	3,4	50	76,9	15	23,1	0,019*
Güvenceler	26	89,7	3	10,3	51	78,5	14	21,5	0,311
Hastanın genel dur. ilgili bilgi düzeyi	26	89,7	3	10,3	61	93,8	4	6,2	0,672*
Telefon	24	82,8	5	17,2	55	84,6	10	15,4	1,00*
Temel Eğitim	25	86,2	4	13,8	59	90,8	6	9,2	0,492*
İlaçlar	29	100	0	0	61	93,8	4	6,2	0,308*
Toplu taşıma araçları	27	93,1	2	6,9	62	95,4	3	4,6	0,642*
Öz-bakım, görünüm	28	96,6	1	3,4	65	100	0	0	0,309*
Alkol	29	100	0	0	63	96,9	2	3,1	1,00*
Çocuk bakımı	29	100	0	0	63	96,9	2	3,1	1,00*

p: Yates düzeltmesi(Continuity Correction) Ki-Kare anlamlılık değeri

p*: Fisher Kesin Ki-Kare anlamlılık değeri

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında,"Özgül Psikotik Belirtiler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Özgül Psikotik Belirtiler" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında,"İlişkiler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "İlişkiler" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,087**).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Ev işleri ile ilgili beceriler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır

($p=0,012$).Erkek hastalar, kadın hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir. (%76,9-%48,3)

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Günlük aktivite, uğraşı, iş" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır ($p<0,0001$).Erkek hastalar, kadın hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir. (%73,8-%20,7).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Psikolojik Sorunlar" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Psikolojik Sorunlar" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur ($p=1,00$).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Para" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Para" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur ($p=0,200$).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Öz-Güvenlik" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Öz-Güvenlik" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur ($p=0,487$).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Yiyecek ve Öğünler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Yiyecek ve Öğünler" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur ($p=0,461$).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Yerleşim Yeri" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Yerleşim Yeri" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur ($p=0,461$).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Bedensel sağlık" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır ($p=0,050$).Kadın hastalar, erkek hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir. (%37,9-%16,9).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Diğerlerinin güvenliği" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır ($p=0,019$).Erkek hastalar, kadın hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir. (%23,1-%3,4).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Güvenceler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Güvenceler" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur ($p=0,311$).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Bilgilendirilme" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Bilgilendirilme" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,672**).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Telefon" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Telefon" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Temel Eğitim" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Temel Eğitim" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,492**).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "İlaçlar" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "İlaçlar" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,308**).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Toplu Taşıma Araçları" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Toplu Taşıma Araçları" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,642**).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Öz-bakım" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Öz-bakım" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,309**).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Alkol" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Alkol" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Hastalar cinsiyetlerine göre gruplandırıldığında, "Çocuk bakımı" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Cinsiyet ile "Çocuk bakımı" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Tablo 79-) Her bir İhtiyaç Alanının, Hastaların medeni durumu ile ilişkisi.

Medeni Durum-İhtiyaçlar	Evli				Evli Değil				
	İhtiyaç Yok		İhtiyaç Var		İhtiyaç Yok		İhtiyaç Var		
	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Özgül psikotik belir.	2	10,5	17	89,5	8	10,7	67	89,3	1,00*
İlişkiler	9	47,4	10	52,6	26	34,7	49	65,3	0,449
Ev işleri becerileri	12	63,2	7	36,8	18	24	57	76	0,003
Günlük aktivite, iş	12	63,2	7	36,8	28	37,3	47	62,7	0,076
Psikolojik sorunlar	7	36,8	12	63,2	33	44	42	56	0,761
Para	13	68,4	6	31,6	41	54,7	34	45,3	0,410
Özgüvenlik	12	63,2	7	36,8	43	57,3	32	42,7	0,842
Yiyecek ve öğünler	18	94,7	1	5,3	40	53,3	35	46,7	0,002
Yerleşim yeri	18	94,7	1	5,3	40	53,3	35	46,7	0,002
Bedensel sağlık	10	52,6	9	47,4	62	82,7	13	17,3	0,012*
Diğerlerinin güven.	15	78,9	4	21,1	63	84	12	16	0,733*
Güvenceler	16	84,2	3	15,8	61	81,3	14	18,7	1,00*
Hastanın genel dur. ilgili bilgi düzeyi	19	100	0	0	68	90,3	7	9,7	0,338*
Telefon	17	89,5	2	10,5	62	82,7	13	17,3	0,728*
Temel Eğitim	18	94,7	1	5,3	66	88	9	22	0,681*
İlaçlar	19	100	0	0	71	94,7	4	5,3	0,579*
Toplu taşıma araçları	19	100	0	0	70	93,3	5	6,7	0,579*
Öz-bakım, görünüm	19	100	0	0	74	98,7	1	1,3	1,00*
Alkol	19	100	0	0	73	97,3	2	2,7	1,00*
Çocuk bakımı	17	89,5	2	10,5	75	100	0	0	0,039*

p: Yates düzeltmesi(Continuity Correction) Ki-Kare anlamlılık değeri

p*: Fisher Kesin Ki-Kare anlamlılık değeri

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Özgöl Psikotik Belirtiler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Özgöl Psikotik Belirtiler" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "İlişkiler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "İlişkiler" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,449**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Ev İşleri ile İlgili Beceriler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır

(p=0,003). Evli olmayan hastalar, evli hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%76-%36,8**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Günlük aktivite, uğraşı, iş" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Günlük aktivite, uğraşı, iş" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,076**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Psikolojik sorunlar" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Psikolojik sorunlar" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,761**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Para" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Para" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,410**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Öz-Güvenlik" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Öz-Güvenlik" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,842**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Yiyecek ve Öğünler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p=0,002**). Evli olmayan hastalar, evli hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%46,7-%5,3**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Yerleşim Yeri" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p=0,002**). Evli olmayan hastalar, evli hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%46,7-%5,3**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Bedensel sağlık" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p=0,012**). Evli hastalar, evli olmayan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%47,4-%17,3**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Diğerlerinin Güvenliği" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Diğerlerinin Güvenliği" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,733**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Güvenceler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Güvenceler" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Bilgilendirilme" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Bilgilendirilme" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,338**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Telefon" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Telefon" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,728**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Temel Eğitim" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Temel Eğitim" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,681**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Temel Eğitim" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Temel Eğitim" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,681**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "İlaçlar" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "İlaçlar" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,579**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Toplu Taşıma Araçları" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Toplu Taşıma Araçları" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,579**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Öz-bakım" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Öz-bakım" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Alkol" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur. Medeni durum ile "Alkol" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Hastalar medeni durumlarına göre gruplandırıldığında, "Çocuk bakımı" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p=0,039**). Evli hastalar, evli olmayan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%10,5-%0,00**).

Tablo 80-) Her bir İhtiyaç Alanının, Hastaların eğitim durumuyla ilişkisi.

Eğitim Durumu-İhtiyaçlar	Lise ve Üstü				Ortaokul ve Altı				
	İhtiyaç Yok		İhtiyaç Var		İhtiyaç Yok		İhtiyaç Var		
	N	%	N	%	N	%	N	%	p
Özgül psikotik belir.	6	15	34	85	4	7,4	50	92,6	0,315*
İlişkiler	16	40	24	60	19	35,2	35	64,8	0,794
Ev işleri becerileri	20	50	20	50	10	18,5	44	81,5	0,003
Günlük aktivite, iş	20	50	20	50	20	37	34	63	0,296
Psikolojik sorunlar	16	40	24	60	24	44,4	30	55,6	0,826
Para	24	60	16	40	30	55,6	24	44,4	0,826
Özgüvenlik	25	62,5	15	37,5	30	55,6	24	44,4	0,643
Yiyecek ve öğünler	31	77,5	9	22,5	27	50	27	50	0,013
Yerleşim yeri	31	77,5	9	22,5	27	50	27	50	0,013
Bedensel sağlık	32	80	8	20	40	74,1	14	25,9	0,671
Diğerlerinin güven.	34	85	6	15	44	81,5	10	18,5	0,864
Güvenceler	32	80	8	20	45	83,3	9	16,7	0,885
Hastanın genel dur. ilgili bilgi düzeyi	35	87,5	5	12,5	52	96,3	2	3,7	0,131*
Telefon	36	90	4	10	43	79,6	11	20,4	0,283
Temel Eğitim	40	100	0	0	44	81,5	10	18,5	0,004*
İlaçlar	40	100	0	0	50	92,6	4	7,4	0,134*
Toplu taşıma araçları	37	92,5	3	7,5	52	96,3	2	3,7	0,648*
Öz-bakım, görünüm	40	100	0	0	53	98,1	1	1,9	1,00*
Alkol	39	97,5	1	2,5	53	98,1	1	1,9	1,00*
Çocuk bakımı	39	97,5	1	2,5	53	98,1	1	1,9	1,00*

p: Yates düzeltmesi(Continuity Correction) Ki-Kare anlamlılık değeri

p*: Fisher Kesin Ki-Kare anlamlılık değeri

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Özgül Psikotik Belirtiler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Özgül Psikotik Belirtiler" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,315**)

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "İlişkiler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "İlişkiler" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,794**)

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Ev işleri ile ilgili beceriler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p=0,003**). Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan hastalar, lise ve üstü eğitim

düzeyine sahip olan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%81,5-%50,0**)

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Günlük aktivite, uğraşı, iş" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Günlük aktivite, uğraşı, iş" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,296**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Psikolojik sorunlar" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Psikolojik sorunlar" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,826**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Para" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Para" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,826**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Öz-Güvenlik" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Öz-Güvenlik" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,643**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Yiyecek ve Öğünler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p=0,013**). Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan hastalar, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%50-%22,5**)

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Yerleşim Yeri" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p=0,013**). Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan hastalar, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%50-%22,5**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Bedensel sağlık" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Bedensel sağlık" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,671**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Diğerlerinin güvenliği" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Diğerlerinin güvenliği" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,864**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Güvenceler" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Güvenceler" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,885**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Bilgilendirilme" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Bilgilendirilme" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,131**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Telefon" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Telefon" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,283**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Temel Eğitim" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark vardır (**p=0,004**). Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olan hastalar, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olan hastalara göre bu alanda daha fazla ihtiyaç göstermektedir (**%18,5-%0**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "İlaçlar" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "İlaçlar" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,134**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Toplu Taşıma Araçları" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Toplu Taşıma Araçları" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=0,648**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Öz-bakım" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Öz-bakım" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Alkol" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Alkol" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Hastalar eğitim durumlarına göre gruplandırıldığında, "Çocuk bakımı" alanında ihtiyaç olup-olmaması açısından, gruplar arasında fark yoktur.Eğitim durumu ile "Çocuk bakımı" ihtiyaç alanı arasında ilişki yoktur (**p=1,00**).

Tablo81-) Her bir ihtiyaç alanının, klinik ölçeklerle ilişkisi.

İhtiyaç Alanı									
	N	PSP Top. Pua Orta	ŞY NÖ Top. Puan Orta.	CAL Top. Puan Orta.	Aile Yükü Top. Puan Orta.	PAN SS Poz. Puan Orta.	PAN SS Neg. Puan Orta.	PAN SS Gen. Puan Orta.	PAN SS Top. Puan Orta.
İlişkiler - t				-4,01 **				-2,34 *	
İhtiyaç Yok	35	60,00	72,40	0,65	13,97	11,17	12,68	20,88	44,74
İhtiyaç Var	59	56,94	67,61	2,64	18,84	12,10	13,28	23,62	49,01
Ev işleri beceri- t		6,37 **	5,85 **		-2,18*	-2,94 **	-2,82**		-2,91 **
İhtiyaç Yok	30	72,83	84,26	2,16	12,93	9,76	10,76	21,00	41,53
İhtiyaç Var	64	51,17	62,42	1,78	18,95	12,68	14,14	23,35	50,18
Günlük aktivite-t		4,60 **	5,25 **		-2,41 *	-2,05 *	-2,24 *	-2,36 *	-2,78 **
İhtiyaç Yok	40	67,25	80,30	1,35	13,12	10,62	11,70	20,95	43,27
İhtiyaç Var	54	51,29	61,31	2,31	19,92	12,59	14,07	23,83	50,50
Psiko. Sorun.- t				-4,29 **					
İhtiyaç Yok	40	54,50	64,55	0,57	14,95	11,17	13,85	21,50	46,52
İhtiyaç Var	54	60,74	72,98	2,88	18,57	12,18	12,48	23,42	48,09
Para - t					-2,10 *				
İhtiyaç Yok	54	58,88	68,90	1,40	14,12	11,27	13,22	21,75	46,25
İhtiyaç Var	40	57,00	70,05	2,57	20,95	12,40	12,85	23,75	49,00
Öz- güven- t		2,21*		-2,83 **	-2,94 **	-3,31 **		-2,87 **	-3,19 **
İhtiyaç Yok	55	61,54	72,65	1,12	12,98	10,41	12,23	21,00	43,65
İhtiyaç Var	39	53,20	64,79	3,00	22,74	13,64	14,23	24,87	52,74
Yiyecek		5,01	6,16			-2,615			

Öğün- t		**	**			*			
İhtiyaç Yok	58	64,74	77,05	2,36	16,50	10,79	12,62	23,00	46,41
İhtiyaç Var	36	47,36	57,05	1,16	17,88	13,30	13,77	21,97	49,05
Yerleşim Yeri-t		5,01 **	6,16 **			-2,615 *			
İhtiyaç Yok	58	64,74	77,05	2,36	16,50	10,79	12,62	23,00	46,41
İhtiyaç Var	36	47,36	57,05	1,16	17,88	13,30	13,77	21,97	49,05

Bağımsız gruplar için t testi *p<0,05, **p<0,01.

“İlişkiler” alanında İhtiyaç göstermeyen grubun, Calgary Depresyon puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür.(**t=-4,01**).Bu fark, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (**p< 0,01**).

“İlişkiler” alanında İhtiyaç göstermeyen grubun, PANSS genel psikopatoloji puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür.(**t=-2,34**).Bu fark, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir (**p< 0,05**).

“Ev işleri ile ilgili beceriler” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PSP işlevsellik puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha yüksektir.(**t= 6,37**).Bu fark, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (**p< 0,01**).

“Ev işleri ile ilgili beceriler” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, ŞYNÖ toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha yüksektir.(**t= 5,85**).Bu fark, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (**p< 0,01**).

“Ev işleri ile ilgili beceriler” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, Aile Yüğü toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür.(**t= -2,18**).Bu fark, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir (**p< 0,05**).

“Ev işleri ile ilgili beceriler” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PANSS pozitif puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür.(**t= -2,941**).Bu fark, istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (**p< 0,01**).

“Ev işleri ile ilgili beceriler” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PANSS negatif puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür.(**t= -2,825**).Bu fark, istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (**p< 0,01**).

“Ev işleri ile ilgili beceriler” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PANSS toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür. ($t = -2,911$). Bu fark, istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p < 0,01$).

“Günlük aktivite, uğraşı, iş” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PSP işlevsellik puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha yüksektir. ($t = 4,60$). Bu fark, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p < 0,01$).

“Günlük aktivite, uğraşı, iş” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, ŞYNÖ toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha yüksektir. ($t = 5,25$). Bu fark, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p < 0,01$).

“Günlük aktivite, uğraşı, iş” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, Aile Yüğü toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür. ($t = -2,41$). Bu fark, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p < 0,05$).

“Günlük aktivite, uğraşı, iş” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun PANSS pozitif puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür. ($t = -2,05$). Bu fark, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p < 0,05$).

“Günlük aktivite, uğraşı, iş” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun PANSS negatif puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür. ($t = -2,24$). Bu fark, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p < 0,05$).

“Günlük aktivite, uğraşı, iş” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun PANSS genel psikopatoloji puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür. ($t = -2,36$). Bu fark, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p < 0,05$).

“Günlük aktivite, uğraşı, iş” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun PANSS toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür. ($t = -2,78$). Bu fark, istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p < 0,05$).

“Psikolojik sorunlar” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, Calgary Depresyon puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür ($t = -4,29$). Bu fark, istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p < 0,01$).

“Para” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, Aile Yüğü toplam puanları ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür ($t = -2,10$). Bu fark, istatistiksel açıdan, anlamlılık göstermektedir ($p < 0,05$).

“Öz-güvenlik” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PSP işlevsellik puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha yüksektir.($t= 2,21$). Bu fark, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p< 0,05$).

“Öz-güvenlik” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, Calgary Depresyon puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür.($t= -2,83$). Bu fark, istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p< 0,01$).

“Öz-güvenlik” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, Aile Yüğü toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür.($t= -2,94$). Bu fark, istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p< 0,01$).

“Öz-güvenlik” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PANSS pozitif puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür ($t= -3,31$). Bu fark, istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p< 0,01$).

“Öz-güvenlik” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PANSS genel psikopatoloji puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür.($t= -2,87$). Bu fark, istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p< 0,01$).

“Öz-güvenlik” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PANSS toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür.($t= -3,19$). Bu fark, istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p< 0,01$).

“Yiyecek ve Öğünler” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PSP işlevsellik puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha yüksektir.($t= 5,01$). Bu fark, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p< 0,01$).

“Yiyecek ve Öğünler” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, ŞYNÖ toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha yüksektir.($t= 6,16$). Bu fark, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p< 0,01$).

“Yiyecek ve Öğünler” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PANSS pozitif puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür.($t= -2,61$). Bu fark, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p< 0,01$).

“Yerleşim Yeri” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PSP işlevsellik puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha yüksektir.($t= 5,01$). Bu fark, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p< 0,01$).

“Yerleşim Yeri” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, ŞYNÖ toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha yüksektir.($t= 6,16$). Bu fark, istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p< 0,01$).

“Yerleşim Yeri” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun, PANSS pozitif puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür ($t= -2,61$). Bu fark, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p< 0,01$).

Tablo 81 - devamı

İhtiyaç Alanı		N	PSP Top. Pua Orta	ŞY NÖ Top. Puan Orta.	CA LG Top Pua Ort.	Aile Yükü Top. Puan Orta.	PAN SS Poz. Puan Orta.	PAN SS Neg. Puan Orta.	PAN SS Genel Puan Orta.	PAN SS Top. Puan Orta.
Özgül psi. Bel - Z							-2,78 **			
İhtiyaç Yok	10	58,50	67,00	1,40	13,20	8,40	13,10	22,00	43,50	
İhtiyaç Var	84	58,03	69,67	1,96	17,48	12,15	13,05	22,67	47,89	
Bedensel Sağlık- Z										
İhtiyaç Yok	72	56,66	68,26	2,05	17,84	12,01	13,23	23,20	48,45	
İhtiyaç Var	22	62,72	73,09	1,40	14,36	10,90	12,50	20,63	44,04	
Diğer. Güven - Z						-2,08 *				
İhtiyaç Yok	78	58,39	69,48	1,92	16,08	11,62	13,32	22,48	22,48	
İhtiyaç Var	16	56,56	68,93	1,81	21,62	12,37	11,81	23,18	23,18	
Güvence ler - Z						-3,07 **				
İhtiyaç Yok	77	58,37	68,90	1,61	15,18	11,46	13,10	22,19	46,76	
İhtiyaç Var	17	56,76	71,58	3,23	25,41	13,05	12,88	24,47	50,41	
Bilgi - Z										
İhtiyaç Yok	87	56,66	67,96	1,83	17,68	11,89	13,27	22,65	47,82	
İhtiyaç Var	7	75,71	87,14	2,71	8,85	10,00	10,42	22,00	42,42	
Telefon - Z										
İhtiyaç Yok	79	59,17	70,87	2,01	16,92	11,55	12,93	22,92	47,41	
İhtiyaç Var	15	52,33	61,60	1,33	17,60	12,80	13,73	20,93	47,46	
Temel				-2,19						

Eğitim- Z			*						
İhtiyaç Yok	84	59,22	70,89	1,82	16,51	11,54	13,01	22,66	47,22
İhtiyaç Var	10	48,50	56,80	2,60	21,40	13,50	13,50	22,10	49,10
İlaçlar - Z									
İhtiyaç Yok	90	58,22	69,57	1,85	16,58	11,65	13,15	22,63	47,44
İhtiyaç Var	4	55,00	65,25	3,00	27,00	14,00	11,00	22,00	47,00
Toplu Taşım. Araç- Z		-2,15 *			-2,66 **	-2,96 **		-2,74 **	-2,87 **
İhtiyaç Yok	89	59,15	70,22	1,85	16,30	11,26	12,79	22,01	46,07
İhtiyaç Var	5	39,00	54,60	2,80	30,00	20,40	17,80	33,20	71,40
Öz-bakım- Z									
İhtiyaç Yok	93	58,27	69,60	1,80	16,74	11,61	13,03	22,49	47,13
İhtiyaç Var	1	40,00	50,00	11,0	44,00	25,00	16,00	33,00	74,00
Alkol-Z									
İhtiyaç Yok	92	58,36	69,46	1,94	16,97	11,67	13,08	22,58	47,34
İhtiyaç Var	2	45,00	66,00	0,00	19,50	15,50	12,00	23,50	51,00
Çocuk bakımı- Z									
İhtiyaç Yok	92	57,88	69,10	1,82	17,25	11,79	12,95	22,44	47,19
İhtiyaç Var	2	67,50	82,50	5,50	7,00	10,00	18,00	30,00	58,00

Mann-Whitney U testi *p<0,05, **p<0,01.

“Özgül psikotik belirtiler” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun PANSS pozitif puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür (**Z= -2,78**). Bu fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (**p< 0,01**).

“Diğerlerinin güvenliği” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun Aile Yüğü toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür (**Z= -2,08**). Bu fark istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir (**p< 0,05**).

“Güvenceler” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun Aile Yüğü toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür (**Z= -3,07**). Bu fark istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (**p< 0,01**).

“Temel Eğitim” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun ŞYNÖ toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha yüksektir (**Z= -2,19**). Bu fark istatistiksel açıdan, anlamlılık göstermektedir (**p< 0,05**).

“Toplu Taşıma Araçları” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun PSP işlevsellik puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha yüksektir (**Z= -2,15**). Bu fark istatistiksel açıdan, anlamlılık göstermektedir (**p< 0,05**).

“Toplu Taşıma Araçları” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun Aile Yüğü toplam puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür (**Z= -2,66**). Bu fark istatistiksel açıdan, ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (**p< 0,01**).

“Toplu Taşıma Araçları” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun PANSS pozitif puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür (**Z= -2,96**). Bu fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (**p< 0,01**).

“Toplu Taşıma Araçları” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun PANSS genel psikopatoloji puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür (**Z= -2,74**). Bu fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (**p< 0,01**).

“Toplu Taşıma Araçları” alanında ihtiyaç göstermeyen grubun PANSS genel psikopatoloji puanları, ihtiyaç gösteren gruba göre daha düşüktür (**Z= -2,87**). Bu fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir (**p< 0,01**).

82 -)Hastaların Belirlediği, Her Bir İhtiyaç Alanı için Yordayıcı Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analizindeki exp.β(Odds oranı) katsayıları

	Cinsi yet	İzlen. Hast. Tipi	Yaş. Alanı	Aile yükü	PAN SS Poz.	PSP	CALG	ŞYNÖ
1-Yerleşim Yeri								
2- Günlük Akti.	10,77	3,74						0,96
3- Psikotik Bel.			0,75		2,21			
4- Psiko. Sorun.							1,79	
5-Bilgilendirilme								
6- İlaçlar								
7- Yiyecek-Öğün.								
8- Ev İşleri						0,931		
9- Öz-Bakım								
10- Öz-Güvenlik				1,04	1,12		1,21	
11- Diğer-Güven.	10,40							
12- Para								
13- Çocuk Bak.								
14- Beden-Sağlık								
15- Alkol								
16-Temel Eğitim			4,50					
17- İlişkiler							1,47	
18- Telefon			8,25					
19- Toplu-Taşıım					1,46			
20- Güvenceler								

Erkek hastalar günlük aktivite alanında, kadın hastalara göre 10,7 kat daha fazla ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir.($p<0,0001$),

Erkek hastalar diğerlerinin güvenliği alanında kadın hastalara göre 10,4 kat daha fazla ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p=0,029$)

Üniversite hastanesinde izlenen hastalar, diğer kurumlarda izlenen hastalara göre günlük aktivite alanında 3,7 kat daha az ihtiyaç göstermektedir. . Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p=0,032$)

Bakımevinde kalan hastalar, ailesinin yanında kalan hastalara göre, temel eğitim alanında 4,5 kat daha fazla ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p=0,039$).

Bakımevinde kalan hastalar, ailesinin yanında kalan hastalara göre telefon alanında 8,25 kat daha fazla ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p=0,002$)

Bakımevinde kalan hastalar, ailesinin yanında kalan hastalara göre, Psikotik belirtiler alanında daha az ($\beta=0,75$) ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p=0,012$)

Aile yükü puanı daha yüksek olan hastalar, öz-güvenlik alanında daha fazla ($\beta=1,04$) ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir. ($p=0,043$)

PANSS pozitif puanı daha yüksek olan hastalar, psikotik belirtiler alanında daha fazla ($\beta=2,21$) ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p=0,005$).

PANSS pozitif puanı daha yüksek olan hastalar, öz-güvenlik alanında daha fazla ($\beta=1,12$) ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p=0,045$).

PANSS pozitif puanı daha yüksek olan hastalar, toplu taşıma araçları alanında daha fazla ($\beta=1,46$) ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p=0,002$)

PSP-işlevsellik puanı daha yüksek olan hastalar, ev işleri ile ilgili beceriler alanında daha az ($\beta=1,46$) ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p=0,002$)

Calgary Depresyon puanı daha yüksek olan hastalar, psikolojik sorunlar alanında daha fazla ($\beta=1,79$) ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlılık göstermektedir ($p=0,003$)

Calgary Depresyon puanı daha yüksek olan hastalar, öz-güvenlik alanında daha fazla ($\beta=1,21$) ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p=0,026$)

Calgary Depresyon puanı daha yüksek olan hastalar, ilişkiler alanında daha fazla($\beta=1,47$) ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p=0,011$)

ŞYNÖ puanı daha yüksek olan hastalar, günlük aktivite alanında daha az ($\beta=0,96$) ihtiyaç göstermektedir. Bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlılık göstermektedir ($p=0,026$)

BÖLÜM 6. TARTIŞMA

Şizofreni, tanımı, sınırları, klinik belirtileri, gidişi sonlanışı bakımından çeşitlilik gösteren, her toplumda ve her türlü sosyoekonomik ortamda görülebilen ciddi bir ruhsal bozukluktur. Bu hastalığın toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağırdır.

Gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada birincil amacımız; Şizofreni hastalarının ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçların ne kadarının karşılanıp ne kadarının karşılanmadığını tanımlayıp, aile ve yerel yönetimlerin bu alandaki rolünü belirlemektir. İkincil amacımız; bu ihtiyaçlar ile sosyo-demografik veriler ve klinik belirtiler arasında bağlantılar kurarak, ihtiyaçların kestirimini, öngörüsünü yapabilmektir. Böylelikle verilmesi planlanan ruh sağlığı hizmetlerinin çok daha etkin olarak hastalara sunulması sağlanabilecektir.

Araştırma örneklemine CBÜTF Psikiyatri psikoz polikliniği ile Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi polikliniğine başvuran, Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden yardım alan DSM-4 TR' ye göre şizofreni tanısı olan, 18-65 yaş arası, son 6 aydır psikotik alevlenme ile hastaneye yatırılmamış olan ve herhangi bir nörolojik (Organik beyin hastalığı) hastalığı, veya mental retardasyonu olmayan, hem kendisi hem de yakını çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar alındı. Etik kurul onayı alımını takip eden 4 aylık süre içerisinde, CBÜTF Psikiyatri Psikoz Polikliniğine, her ayın 3, 13 ve 23. günlerinde MRSHH polikliniğine başvuran ve Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden yardım alan, aynı zamanda çalışmaya katılma koşullarını karşılayan hastalar, çalışmanın örneklemini oluşturdular.

Çalışmamızın temelini oluşturan Camberwell İhtiyaç Ölçeği (CAN), diğer ölçeklerden farklı olarak, daha çok ihtiyaç alanlarının genel bir dökümünü yapmakta, aynı zamanda hem hastanın hem de bakımverenin görüşlerini yansıtmaktadır. Bir anlamda ihtiyaçlar için bir envanter listesi oluşturmaktadır. Ölçek, hastaların gereksinim duyduğu yardımı, hizmeti ve bu gereksinimlerin ne kadarının karşılanıp, ne kadarının karşılanamadığını göstermektedir. Bununla birlikte ihtiyacın şiddeti, derecesi ile ilgili bir ölçüm yapmamaktadır.

Çalışmamızda hasta ve bakımverenlerin arasındaki uyumu ve bu uyumun derecesini değerlendirmek için McNemar ve Cohen'in kappa testleri yapılmıştır. İhtiyaçları belirleme konusunda "İlişkiler" ihtiyaç alanı dışındaki tüm ihtiyaç alanları Mc Nemar testine göre uyumluluk göstermektedir. Bakımverenler bu alanda hastalardan daha fazla ihtiyaç belirlemişlerdir. Bakımverenler hastayı, hastanın kendini algıladığından daha yalnız olarak değerlendirmekteydiler.

Cohen kappa uyumu 4 alan dışında 0, 75'in üzerindeydi. Bu da çalışmamızdaki hasta ve bakımverenlerin ihtiyaç alanlarını belirleme konusunda oldukça uyum içerisinde olduğunu göstermekteydi. Ochao ve arkadaşlarının(2003) yaptıkları çalışmada da hasta ve bakımverenler arasında uyumluluk bulunmuştur. Fakat bizim çalışmamızdaki kappa uyum değerleri daha yüksektir.

"İlaçlar, öz bakım, çocuk bakımı" daha düşük kappa değerleri belirlenen ihtiyaç alanlarını oluşturmaktaydı. Bunun da muhtemel nedeni, bu ihtiyaç alanlarının daha düşük sıklık yüzdesine sahip olmasıydı. Ochao ve ark.(2003) yaptıkları çalışmada "İlaçlar, psikotik semptomlar, diğerlerinin güvenliği, çocuk bakımı " daha düşük kappa değerlerine sahip ihtiyaç alanları olarak belirlenmiştir. Bulgularımız bu çalışmayla uyumluluk göstermekteydi.

Çalışmamızda Manisa'da yaşayan hastalarda ortalama toplam ihtiyaç sayısı, hastalara göre $6, 22 \pm 2,38$, bakımverenlere göre $6, 29 \pm 2,32$ bulundu. Karşılaştırıldığı zaman iki grup ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. Benzer bir karşılaştırmayı yapan (Ochao ve ark. 2003) çalışmada bakımverenler $6,6 \pm 3,17$ hastalar ise $5,36 \pm 2,71$ ortalama ihtiyaç sayısı belirlemiştir. İki grup ortalamaları arasındaki fark istatistikel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmaya göre bakımverenler, hastalardan daha çok ihtiyaç belirlemişlerdir. Bizim çalışmamızda ise belirlenen ortalama ihtiyaç sayısı açısından hasta ve bakımverenlerin sonuçları benzerlik göstermekteydi. (Tablo 72' de her bir ihtiyaç alanı için, ayrı ayrı hasta ve bakımverenlerin uyumu değerlendirilmektedir).

Çalışmamız belirlenen ortalama toplam ihtiyaç sayısı açısından İngiltere, Kuzey Avrupa ülkeleri, Katalonya (Slade ve ark.1998, Hansson ve ark. 2001, Ochoa ve ark. 2003) çalışmaları ile benzerlik göstermekteydi. Bu çalışmalarda da belirlenen ortalama ihtiyaç sayısı yaklaşık olarak 6 bulunmuştur.

İtalya, Santander çalışmalarında ise (Lasalvia ve ark. 2000, McCrone ve ark. 2001) daha düşük ihtiyaç sayıları belirlenmiştir. Ortalama toplam ihtiyaç sayısı bu iki çalışmada da yaklaşık olarak 5 bulunmuştur.

Farklı çalışmalarda farklı sayıda çıkan ihtiyaç durumunu analiz ettiğimizde, çalışmalara dahil edilen hastaların farklılık gösterdiği görülmektedir. Slade ve ark. (1998), Hansson ve ark. (2001) çalışmalarında korumalı evlerde, bakımevlerinde kalan hastalarda çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca yine bu çalışmaların iki tanesinde (Slade ve ark 1998, Lasalvia ve ark. 2000) şizofreni dışındaki psikoz hastaları da çalışmaya dahil edilmiştir. Muhtemelen şizofreni dışındaki psikoz hastalarını da çalışmaya dahil etmek, ortalama ihtiyaç sayısını etkilemektedir. Ayrıca korumalı evlerde, bakımevlerinde kalmak durumunda olan hastaların daha zayıf sosyal destek ağlarına sahip olabileceği düşünülürse; bu durumda ortalama ihtiyaç sayısını etkilemektedir. Bizim çalışmamıza MRSHH polikliniğinden dahil olan 39 hastanın, 35 tanesi Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı bakımevlerinde kalmaktaydı. Bu hastaların barınma, beslenme, ev işleri ihtiyaçları bu merkezler tarafından karşılanmaktaydı. Çalışmamızda bu hastalarında yer alıyor olması çalışmamızdaki toplam ihtiyaç sayısını artırıyor olabilir.

Çalışmamızda hasta ve bakıverenlerin en sık buldukları ihtiyaç alanları, benzerlik göstermekteydi. (Tablo 12 ,Tablo 14)

Çalışmamızda en sık olarak bulunan ihtiyaç alanı psikotik belirtilerdi. Psikotik belirtiler dışında, ev işleri ile ilgili beceriler, ilişkiler, günlük aktivite-uğraşı-iş, psikolojik sorunlar diğer en sık bulunan ihtiyaç alanlarını oluşturmaktaydı. Bu bulgular diğer çalışmalarla uyum göstermekteydi. Diğer çalışmalarda da iş, günlük aktiviteler, psikotik belirtiler, psikolojik sorunlar en sık bulunan ihtiyaç alanlarını oluşturmuştur. (Hansson ve ark. 1995, 2001; Wiersma ve ark. 1998; Ochoa ve ark. 2003; Rosales 1999; McCrone ve ark. 2001).

Ayrıca Hansson ve ark. ile Wiersma ve ark. yaptıkları çalışmalarda bedensel sağlık ve hastanın genel durumu ve tedavisi ile ilgili bilgilendirilmesi; Ochoa ve ark. yaptıkları çalışmada da beslenme-yiyecek ve öğünler sık bulunan ihtiyaç alanları arasında bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise para, öz-güvenlik, yerleşim yeri, yiyecek ve öğünler diğer en sık bulunan ihtiyaç alanlarını oluşturmaktaydı. Yerleşim yeri, yiyecek ve öğünlerin sık bulunan ihtiyaç alanlarına girmesi bakımevinde kalan

hastalarında çalışmaya dahil edilmesi ile ilişkili görünüyordu. Bu iki alanı ihtiyaç olarak gören 36 hastanın 35'i bakımverenlerinde kalmaktaydı.

Karşılanan ihtiyaçları, sağlık sisteminin başarısının bir belirteci olarak görebiliriz. "Karşılanan ihtiyaç" kavramı ile hastaların ailelerinden veya sağlık sisteminden aldıkları bir yardım, hizmet sayesinde ihtiyaç duydukları bir alandaki eksikliklerinin giderildiğini anlıyoruz. Hastaların en sık olarak belirttikleri karşılanan ihtiyaçları, sıklık sırasına göre: "Psikotik semptomlar, ev işleri ile ilgili beceriler, günlük aktivite-uğraşı-iş, psikolojik sorunlar" olarak belirlendi. (Tablo 12)

Çalışmamızda bakımverenlere göre, en sık belirlenen karşılanan ihtiyaçlar, sıklık sırasına göre: "Psikotik belirtiler, ev işleri ile ilgili beceriler, ilişkiler günlük aktivite-uğraşı-iş, psikolojik sorunlar" olarak belirlendi. (Tablo 14)

Hansson ve arkadaşlarının(2001) yaptığı çalışmaya göre en sık karşılanan ihtiyaç alanları sırasıyla "Psikotik belirtiler, günlük aktiviteler, psikolojik sorunlar, ev işleri ile ilgililik beceriler, iş, yiyecek ve öğünler, para" olarak belirlenmiştir. Ochao ve arkadaşlarının(2003) yaptıkları çalışmada ise sırasıyla "Psikotik belirtiler, ev işleri ile ilgili beceriler, yiyecek ve öğünler, genel hastalık durumu ve tedavi ile ilgili bilgilendirilme, para" olarak belirlenmiştir.

Aslında karşılanan ihtiyacın, toplam ihtiyaca olan oranı verilen hizmetlerin yeterliliğinin daha doğru bir göstergesi olabilir. Daha sık bulunan bir ihtiyaç, istenildiği kadar karşılanmıyorsa bile, frekansı yüksek olduğu için, en sık belirlenen karşılanan ihtiyaçlar listesine girebilecektir.

Bizim çalışmamızda hastanın belirlediği; karşılanan ihtiyacın toplam ihtiyaca olan oranına göre; en sık karşılanan ihtiyaçlar: sıklık sırasına göre "Psikotik belirtiler, ev işleri ile ilgili beceriler, günlük aktivite-uğraşı-iş, psikolojik sorunlar" olarak belirlendi. (Tablo 13)

Hastaya göre; karşılanan ihtiyaç sıklığı ile karşılanan ihtiyacın toplam ihtiyaca oranının sıklığı benzer sonuçlar vermekteydi. Bu durum diğer çalışmalarla da uyum göstermekteydi. (Hansson ve ark. 2001, Ochao ve ark. 2003)

Bakımverene göre karşılanan ihtiyacın toplam ihtiyaca olan oranına göre; en sık karşılanan ihtiyaçlar: sıklık sırasına göre "Yerleşim yeri, yiyecek ve öğünler, psikotik belirtiler, ev işleri ile ilgili beceriler" olarak belirlendi. (Tablo 15)

Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerindeki gelişmeye rağmen, hastaların birçok alanda aile ve arkadaşlarından da ciddi oranda yardım aldığı görülmektedir. Hasta ve bakımverenlerin yardımların kaynağı ile ilgili görüşleri benzerlik göstermektedir. (Tablo 16 ve Tablo 18)

“Psikotik belirtiler, ilişkiler, psikolojik sorunlar, para, günlük aktiviteler ” ailelerin en çok yardım gösterdiği alanlardı. Sosyal ilişkiler ve günlük yaşamla ilişkili ihtiyaç alanlarında başta aile olmak üzere hastanın sosyal destek ağlarının da önemli bir rol oynadığı görülmektedir. Bu bulgular Ochoa ve ark.(2003) çalışması ile uyumluydu.

“Psikotik belirtiler, bedensel sağlık, psikolojik sorunlar, yerleşim yeri, yiyecek ve öğünler ” yerel yönetimlerin en çok yardım verdiği alanları oluşturmaktaydı. (Tablo 16 ve Tablo 18). Primer hastalıkla ilgili alanlarda resmi kurumlar daha fazla yardım sağlamaktaydı. Hansson ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur.

“Karşılanmayan ihtiyaçlar” çalışmamız için çok önemli bir belirteçti. Karşılanmayan ihtiyaçların sıklığının arttığı alanlar, verilen ruh sağlığı hizmetlerinin, yapılan yardımların daha başarısız, daha yetersiz olduğu alanları göstermektedir. “Karşılanmayan ihtiyaçlar” ruh sağlığı hizmetleri açısından, hizmetlerin yeterliliği ile ilgili bir meydan okuma gibi düşünülebilir.

Bizim çalışmamızda ortalama karşılanmamış ihtiyaç sayısı hastalara göre $2,04 \pm 1,86$ bakımverenlere göre ise $1,63 \pm 1,89$ olarak bulundu. İki grubu karşılaştırdığımız zaman, iki grubun ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p=0,016$). (Tablo 48) Hastalar, bakımverenlere göre daha çok karşılanmamış ihtiyaç belirlemekteydi. Bakımverenler, bazı alanlardaki hastaların karşılanmayan ihtiyaçlarını farkedememekteydi. Belirlenen toplam ihtiyaç sayılarının benzer olduğu düşünülünce, hastanın karşılanmadığını düşündüğü bazı ihtiyaçlar, bakımverenler tarafından karşılanıyor şeklinde düşünülüyordu.

Ochoa ve ark.(2003) yaptığı benzer bir çalışmada bakımverenler ortalama $1,82 \pm 1,98$ hastalar ise ortalama $1,38 \pm 1,75$ karşılanmamış ihtiyaç belirlemiştir. İki grubun ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmaya göre bakımverenler hastalardan daha çok karşılanmamış ihtiyaç belirlemiştir. Bizim çalışmamızın verileri, bu çalışma ile tezat oluşturmaktaydı.

Çalışmamızda hasta ve bakımverenlerin ihtiyaçları belirlemede gösterdikleri uyum son derece başarılıydı.İki grup arasındaki uyumu gösteren Mc Nemar testine göre, sadece “İlişkiler ” ihtiyaç alanı ($p=0,007$) uyumsuz bulunmuştu. (Tablo 72)

İki grup arasındaki uyumun derecesini gösteren Cohen kappa testine göre 16 ihtiyaç alanında uyumun göstergesi olan kappa değeri $> 0,75$ idi.Kappanın 0,8'den büyük olması, mükemmel uyum, 0,6 ile 0,8 arası başarılı uyum, 0,4 ile 0,6 arası olması orta derecede uyum, 0,4'ün altında olması düşük, kötü uyumu göstermektedir.Bütün ihtiyaç alanlarında kappa uyum için bulunan değerler, istatistiksel açıdan anlamlılık göstermekteydi.

Karşılanamayan ihtiyaç alanlarında ise İki grup arasındaki uyumu gösteren Mc Nemar testine göre “Yerleşim yeri” ihtiyaç alanında uyumsuzluk vardı.Bakımevlerinde kalan 35 hastanın 17 tanesi bu alanı karşılanmayan ihtiyaç olarak görerek; bakımverenleri ile zıt görüş belirtmekteydiler.

İki grup arasındaki uyumun derecesini gösteren Cohen kappa testine göre sadece 7 alanda kappa $> 0,75$ idi: “ Bedensel sağlık, temel eğitim, telefon, özgüvenlik, diğerlerinin güvenliği, ev işleri, güvenceler ”.

“ İlişkiler, günlük aktivite-uğraşı-iş, psikotik semptomlar, psikolojik sorunlar” alanlarında kappa 0,4- 0,6 arasında değişmekteydi.(Orta derece uyum)

“Toplu taşıma araçları, alkol, çocuk bakımı, öz-bakım, ilaçlar, bilgilendirilme” düşük sıklık gösteren ihtiyaç alanlarıydı.Bu alanlarda karşılanmayan ihtiyaç belirten hasta veya bakımveren sayısı bir ile yedi arasında değişmekteydi.Muhtemelen bu düşük sıklık değerlerinden ötürü bu alanlarda istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenemedi.

Yüksek sıklık yüzdesine sahip olan karşılanmamış ihtiyaç alanlarından, “Para”(Kappa değeri=0,31) ($p=0,43$) “ve “Yerleşim yeri”(Kappa değeri=0,06) ($p=0,284$)” alanlarında hasta ve bakımvereni arasındaki uyumsuzluk dikkat çekmekteydi.

Benzer bir değerlendirmeyi yapan Ochao ve ark.(2003) çalışmasında da karşılanmayan ihtiyaçları belirlemede hasta ve bakımverenlerin arasındaki uyumun ihtiyaçları belirlemeye göre daha kötü bulunduğu belirlenmiştir.Kötü uyumu belirten 0,4' den küçük kappa değerleri “ Öz-bakım, bilgi, diğerlerinin güvenliği, alkol, ilaçlar

ve çocuk bakımı " alanlarında bulunmuştur.Araştırmacılar bu sonuçları bu alanlardaki düşük sıklık değerleri ile ilişkilendirmiştir.

Çalışmamızda özellikle yüksek sıklık değerlerine sahip alanlardaki hasta ve bakımveren uyumundaki düşüş, ruh sağlığı hizmetlerinin detaylı olarak değerlendirmesi gereken bir alandır.Özellikle psikolojik sorunlar (kappa değeri 0, 86'dan 0, 41'e düşmüş.), günlük aktivite, uğraşı, iş (kappa değeri 0, 82'den 0, 47'e düşmüş.)

Bizim çalışmamızda belirlenen ihtiyaçların yaklaşık olarak üçte biri karşılanamamaktaydı.Ortalama karşılanmamış ihtiyaç sayısı yaklaşık olarak 2 bulundu.Diğer çalışmalarla karşılaştırdığımız zaman (Hansson ve ark. 2001, Slade ve ark. 1998) Kuzey Avrupa ve İngitere çalışmalarına göre daha düşük bir ortalamaydı.Bu çalışmalarda ortalama karşılanmamış ihtiyaç sayısı yaklaşık olarak 2,5 bulunmuştur.

(Ochoa ve ark. 2003, Lavezzi ve ark. 2000) çalışmalarında ise ortalama karşılanmamış ihtiyaç sayısı yaklaşık olarak 1,5 bulunmuştur .Bizim çalışmamızdan daha düşük bir ortalamaydı.Daha önce belirtildiği gibi bu farklılıklar çalışmaya alınan hastaların, araştırmaya dahil edilme edilme kriterlerindeki farklılıklardan kaynaklanıyor gibi görünmektedir.Şizofreni dışındaki diğer psikoz hastalarının çalışmaya alınıp alınmaması, korumalı evler-bakımevlerinde kalan hastaların çalışmaya alınıp alınmaması gibi faktörler çalışmaların sonuçlarını etkiliyor görünmektedir.

Bizim çalışmamızda en sık olarak belirlenen karşılanmamış ihtiyaç alanları hastaya göre;"Para ve ilişkiler" olarak belirlendi.Bu iki alanda hastaların %20' den fazlası karşılanmamış ihtiyaç belirledi. " Yerleşim yeri, öz-güvenlik, psikolojik sorunlar " hastaların %15'den fazlasının,"Güvenceler, günlük aktivite-uğraşı-iş, psikotik belirtiler" hastaların %10'dan fazlasının karşılanmamış ihtiyaç belirlediği alanlardı.Diğer 12 ihtiyaç alanında karşılanmamış ihtiyaç sıklığı %10'un altındaydı. (Tablo 12)

Bizim çalışmamızda en sık olarak belirlenen karşılanmamış ihtiyaç alanları bakımverenlere göre de " Para ve ilişkiler " olarak belirlendi.Bu iki alanda bakımverenlerin %20'den fazlası karşılanmamış ihtiyaç belirledi."Güvenceler" bakımverenlerin %15'den fazlasının,"Günlük aktivite-uğraşı-iş, öz-güvenlik, psikolojik

sorunlar” bakımverenlerin %10’dan fazlasının karşılanmamış ihtiyaç belirlediği alanlardı. Diğer 14 ihtiyaç alanında karşılanmamış ihtiyaç sıklığı %10’un altındaydı. (Tablo 14)

Hastaya göre; karşılanmamış ihtiyacın, belirlenen toplam ihtiyaca olan oranına baktığımızda da; karşılanmamış ihtiyaç alanları sıklığı ile benzer sonuçlar bulundu. (Tablo 13) Hansson ve ark.(2001), Ochao ve ark.(2003) çalışmalarında da benzer durum belirlenmiştir.

Bakımverene göre de; karşılanmamış ihtiyacın, belirlenen toplam ihtiyaca olan oranına baktığımızda; karşılanmamış ihtiyaç alanları sıklığı ile benzer sonuçlar bulunmaktaydı. (Tablo 15)

Hansson ve ark.(2001) yaptığı çalışmada “psikotik belirtiler, psikolojik sorunlar, bilgilendirilme, iş, yakın ilişkiler ” en sık belirlenen karşılanmamış ihtiyaç alanlarını oluşturmuştur. Bu alanlarda hastaların % 20’den fazlası karşılanmamış ihtiyaç belirlemiştir. “Günlük aktiviteler” alanında %15’den fazlası, “Ev işleri, bedensel sağlık, yerleşim yeri ” alanlarında da %10’dan fazlası karşılanmamış ihtiyaç belirlemiştir.

Ochao ve ark.(2003) çalışmasında ise hastalar sadece “İş ” alanında %20’den fazla, yine sadece “İlişkiler ” alanında %15’den fazla, “Güvenceler, günlük aktiviteler, eğitim” alanlarında da %10’dan fazla karşılanmamış ihtiyaç belirlemişlerdir.

Hansson ve arkadaşlarının (2001) çalışmasına göre, hastaların %10’dan fazla ihtiyaç belirlediği alanlarda; hasta memnuniyeti değerlendirildiğinde: “Bilgilendirilme, güvenceler, ilişkiler ” hastaların % 50 ‘den daha az memnuniyet gösterdiği ” alanlar olarak belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda hastaların %10’dan fazlasının ihtiyaç belirlediği alanlarda; hasta memnuniyetini değerlendirdiğimizde: “Para, güvenceler” hastaların % 50 ‘den daha az memnuniyet gösterdiği, ”İlişkiler, yerleşim yeri, telefon” ise %50 ile %60 arası memnuniyet gösterdikleri alanlardı. Diğer alanlarda %60’ ın üzerinde hasta memnuniyeti söz konusuydu. (Tablo 21)

“Para, ilişkiler, güvenceler, yerleşim yeri” sık belirlenen ve hasta memnuniyetinin düşük olduğu karşılanmamış ihtiyaç alanlarını oluşturmaktaydı (Tablo 20). Çalışmamızda bu alanlardaki ruh sağlığı hizmetlerinin hastaların arzu ettiği düzeyde olmadığı belirlendi.

Karşılanamayan bu ihtiyaçlarda da hastalar yardım almaktaydı.(Tablo 16, Tablo 18) Hastalar yardım almalarına rağmen bu ihtiyaçlar neden karşılanamamaktaydı?

Belirlenen bu alanlar, şizofreni ile ilişkilendirilen temel sorun alanları arasında görülmemektedir.Bu alanlar, ruh sağlığı hizmeti verenler tarafından, hastalığın biyolojik tedavisi ile karşılaştırılınca, görece ihmal ediliyor gibi görünmektedir.Muhtemelen daha az önem verildiği için de; bu alanlardaki ihtiyaçların üstesinden gelinebilecek kadar etkili bir hizmet verilememektedir.

Bir başka olası neden de yapılan yardımların, verilen hizmetlerin, hastaya yeterince saygı duymadan, hassasiyetlerini dikkate almadan yapılıyor olmasıdır.Bu durumda da yapılan yardımlar muhtemelen hastaların ihtiyaçlarını giderememektedir.Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi (RUHSİHAK) ülkemizde bu konu ile ilgilenen bir sivil toplum kuruluşudur.Sivil toplum kuruluşlarının da katılımıyla daha geniş bir paydaya ulaşmak, toplum ruh sağlığı hizmetlerine olumlu katkılar sağlayabilecektir.

Çalışma sırasında hastaların büyük bir kısmı, geleceğe ilişkin hayalleri olarak, en çok yapmak istediklerinin evlenmek olduğunu belirttiler.Hastalar daha yakın duygusal ilişkiler kurmak istiyorlardı.Ruh sağlığı hizmetlerinin pek üzerinde durmadığı bir konu, medeni hukukumuzda da hastaların evlenmesiyle ilgili birtakım engeller söz konusudur.Bu sorunun çözümü için geliştirilebilecek özgün projeler, hastalar için oldukça önem arz eden bir eksikliğin giderilmesini sağlayacaktır.

Hastaların kazandıkları sosyal güvenceler konusunda da, kafalarında birtakım soru işaretleri söz konusuydu.Bu konuda hem hastalar hem de bakımverenler yeterince bilgiye sahip değillerdi.Bizlerinde üzerinde çok fazla bilgi sahibi olmadığımız bir alan, ama hastalar için oldukça önem arz etmekteydi.Hasta ve bakımverenlerin sahip oldukları bilgiler, ya kulaktan dolma, ya da yalan yanlış bilgilerdi.Bu bilgi kirliliğini gidermekte, ruh sağlığı hizmetlerinde önemli bir eksikliğin ortadan kalkmasını sağlayacaktır.

Çalışmamız bakımevlerinde kalan hastaları da içermektedir.Hastaların çok büyük bir kısmı, ev işleri, beslenme... vb. alanlarda ihtiyaçlarının karşılandığını ve bu alanlardaki memnuniyetlerini belirtmekteydiler.Bütün bunlara rağmen bu hastaların yaklaşık yarısı bakımevlerinde kalmak istemiyordu.

Hastaların yaklaşık yarısı, “Yerleşim yeri” alanında memnuniyetsizliklerini belirttiler. Bu hastaların ailelerine ekstra destek olabilecek projeler geliştirerek, bu hastaların toplum içinde, aileleri ile beraberken rehabilitasyonunu sağlamak, toplum ruh sağlığı hizmetlerindeki önemli bir eksikliği ortadan kaldıracaktır.

“Para” alanı da hasta ve bakımverenlerin en memnuniyetsiz olduğu ihtiyaç alanlarından biriydi. Hastaların çok büyük bir kısmı çalışmamaktaydı. Bu da hasta ve ailesine birtakım ekonomik yükler getirmekteydi. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde ve bakımevlerinde rehabilitasyon çalışmaları daha çok resim yapma, hamurdan şekiller yapma... vb. etkinlikler içermekteydi. Bu etkinliklerin yanısıra hastalara para da kazanabilecekleri birtakım basit işlerin öğretilmesi, hatta bu işlerin bu merkezlerde hastaların hep birlikte gerçekleştirebilecekleri bir faaliyete dönüşmesi hastalar için bu alandaki eksikliğin giderilmesine katkı sağlayabilecektir.

Çalışmamızın ikincil amacı; ihtiyaçlar ile sosyo-demografik veriler ve klinik belirtiler arasında bağlantılar kurarak, ihtiyaçların kestirimini, öngörüsünü yapabilmektir. Bu şekilde verilmesi planlanan hizmetlerin çok daha etkin olarak hastalara sunulması mümkün olabilecekti.

Sosyodemografik değişkenler açısından bulgularımıza baktığımızda, kadın ve erkek hastalar arasında ihtiyaç sayıları açısından fark belirlendi. Erkek şizofreni hastalarında daha çok sayıda toplam ihtiyaç ve karşılanmamış ihtiyaç bulundu. Diğer çalışmalarla karşılaştığımız zaman, Wiersma ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında cinsiyet açısından bir fark belirlenmezken, Hansson ve arkadaşlarının çalışmasında erkek hastalarda daha çok sayıda ihtiyaç belirlenmiştir.

Çalışmamızda evli hastalarda, evli olmayan hastalara göre daha az sayıda sayıda toplam ihtiyaç bulunurken, karşılanmayan ihtiyaç sayısı açısından bir farklılık belirlenmedi. Bu bulgu literatürle uyumluydu (Wiersma ve ark. 1998, Slade ve ark. 1998)

Çalışmamızda, hastaların yaşam alanına göre de ihtiyaç sayıları açısından fark bulundu. Bakımevinde kalan hastalarda daha çok sayıda ihtiyaç belirlendi. Bununla birlikte bu hastalarda daha az sayıda karşılanmamış ihtiyaç bulundu. Literatürde korumalı evlerde, bakımevlerinde kalan hastalarda daha çok sayıda ihtiyaç ve karşılanmamış ihtiyaç olması sık vurgulanmıştır (Slade ve arkadaşları 1998, Hansson ve arkadaşlarının 2001). Bizim çalışmamızdaki bakımevinde kalan hastaların, aileleri

ile yaşıyan hastalara göre daha az sayıda karşılanmamış ihtiyacı olması literatürle uyumsuzluk göstermektedir.

İhtiyaçların ve karşılanmamış ihtiyaçların öngörüsü için, aşamalı doğrusal regresyon analizi yapıldı.İkisi bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç ve karşılanmamış ihtiyaç için, ikisi de hastanın belirlediği toplam ihtiyaç ve karşılanmamış ihtiyaç için olmak üzere dört farklı model oluşturuldu.

Çalışmamız 94 hasta içermekteydi.Hasta sayısına yaklaşık onda bir oranında olacak şekilde toplam on bağımsız değişken, aşamalı doğrusal regresyon analizine alındı.Bağımsız değişkenler, regresyon analizine alınmadan önce, ihtiyaçlar ile gösterdikleri ilişkinin belirlenebilmesi için bağıntı analizine alındı.Sayısal değişkenler için, pearson bağıntı analizine, ordinal değişkenler için spearman bağıntı analizine, bakıldı.Bağıntı analizinde ilişki saptanmayan, yaş,bakımverenin eğitim durumu gibi değişkenler regresyon analizine alınmadı.

Ölçeklerden Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği, PSP işlevsellik ölçeği, Algılanan Aile yükü ölçeği, PANSS klinik belirtiler ölçeği alt başlıkları ile birlikte, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, yordayıcı değişkenler olarak regresyon analizine alındı.Sosyodemografik değişkenlerden eğitim yılı sayısı ve toplam hastaneye yatış sayısı da yordayıcı değişkenler olarak regresyon analizine alındı.Kendi aralarında gösterdikleri yüksek bağıntıdan ötürü, Aile yükü ölçeği altbaşlıkları ve Şizofreni hastaları için Yaşam Niteliği ölçekleri altbaşlıkları regresyon analizine alınmadı.

İhtiyaçlarla ve karşılanmayan ihtiyaçlarla ilişkili bulduğumuz, hastanın yaşam alanı ve cinsiyet kontrol değişkeni olarak regresyon analizine alındı.Regresyon eşitliğinde, hangi değişkenlerin bulunacağı, hangilerinin bulunmayacağını belirlenmesinde, değişken seçme ve eleme yöntemi olarak, adım adım seçme ve eleme(stepwise) yöntemi seçildi.

Öncelikle hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısı, bağımlı değişken olacak şekilde, aşamalı regresyon analizi yapıldı.Yaşam alanı, cinsiyet, calgary depresyon ölçeği, aile yükü ölçeği ve PANSS pozitif belirtiler ölçeği, regresyon denklemine girdi. Hepsi birlikte varyansın %45,1'ini açıklamaktaydı.Bu değişkenlerin ayrı ayrı olarak etkilerinin belirlenebilmesi için Regresyon denklemindeki R kare değişimleri değerlendirildi. Hastaların yaşam alanı, varyansın %6,3'ünü, cinsiyet %11'ini, Calgary

Depresyon ölçeği %16,5'ini, Aile yükü ölçeği %8,4'ünü, PANSS pozitif belirtiler ölçeği % 3'ünü açıklamaktaydı.Kontrol değişkenlerini dışarıda tutarsak, yordayıcı değişkenlerimiz varyansın %28'ini açıklamaktaydı.

İkinci regresyon modeli, bakımverenlerin belirlediği toplam ihtiyaç sayısı bağımlı değişken olacak şekilde aşamalı regresyon analizi yapıldı.Yaşam alanı, cinsiyet, PANSS pozitif belirtiler ölçeği, PSP işlevsellik ölçeği, PANSS negatif belirtiler ölçeği, Calgary şizofrenide depresyon ölçeği, aile yükü ölçeği regresyon denklemine girdi.Hepsi birlikte varyansın %67, 3'ünü açıklamaktaydı.Bu değişkenlerin ayrı ayrı olarak etkilerinin belirlenebilmesi için Regresyon denklemindeki R kare değişimleri değerlendirildi. Hastanın yaşam alanı, varyansın %18,2'sini, cinsiyet %9,9'unu, PANSS pozitif belirtiler ölçeği % 21,6'sını, PSP işlevsellik ölçeği %7,8'ini, PANSS negatif belirtiler ölçeği varyansın %3,7'sini, Calgary Depresyon ölçeği %3,5'ini, Aile yükü ölçeği %2,7'sini, açıklamaktaydı.Kontrol değişkenlerimizi dışarıda bırakırsak, yordayıcı değişkenlerimiz varyansın %40'ını açıklamaktaydı.

Bizim çalışmamız, kontrol değişkenleri ile birlikte toplam ihtiyaçların hastaya göre % 45'ini, bakımverene göre %67'sini kestirebilmekteydi.Yapılan benzer çalışmalarla karşılaştırdığımız zaman bizim çalışmamız toplam ihtiyaçları belirlemede varyansın çok daha büyük bir bölümünü açıklayabilmekteydi.Ochao ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışma, toplam ihtiyaçların hastaya göre % 11'ini, bakımverene göre %25'ini öngörebilmiştir.Hansson ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışma ise toplam ihtiyaçların %30'unu öngörebilmiştir.Bu çalışmada hastaların işlevsellik, klinik belirtiler puanları öngörücüler, yaş ve cinsiyet değişkenleri de kontrol amaçlı alınarak; toplam ihtiyaç kestirilmeye çalışılmıştır.Varyansın %30'u belirlenebilmiştir.Bu çalışmada klinik belirtiler ve işlevsellik, belirlenen toplam ihtiyacın belirgin bir öngörücüsü olarak yorumlanmıştır. Bu çalışma 418 hasta içermekteydi.Daha fazla sayıda bağımsız değişken içerebileceği halde sadece dört değişkenle analiz yapılmıştır.Hastaların, eğitim durumu, medeni durumu, hastane yatış sayıları, yaşam alanları, yaşam kaliteleri, duygudurum gibi sonuçları etkileyebilecek diğer faktörler göz önünde bulundurulmamıştır.Sosyo-demografik değişkenlerden sadece hastanın yaşı ve cinsiyeti göz önünde bulundurulmuştur.

Ochao ve ark.(2003) çalışmasında cinsiyet, yaş, medeni durum, hastalığın başlangıç yaşı gibi sosyodemografik verileri ile, klinik belirtileri,işlevselliği, yaşam

kalitesini değerlendiren ölçekler kullanılmıştır.Bu çalışmada hiçbir sosyodemografik değişken, regresyon denklemine girememiştir.Toplam ihtiyaçları belirlemede varyansın hastaya göre %11; bakımverene göre % 25'i bulunmuştur.Bizim çalışmamızda yer alan; hastaların duygudurumunu, aile yükünü değerlendiren ölçekler bu çalışmada yer almamıştır.Bizim çalışmamızın, ihtiyaçları etkileyebilecek olan daha çok sayıda değişken içeriyor olması, muhtemelen varyansın daha büyük kısmını açıklamamızı sağlamaktaydı.Çalışmamız sırasında, ülkemizde yapılmış, şizofrenide İhtiyaçlar üzerine etkili, olası etmenleri bir arada değerlendiren kapsamlı bir çalışmaya rastlamadık.Bu alanla ilgili olarak daha çok Ochoa, Hansson, Slade, Middelboe gibi araştırmacıların çalışmaları bulunmaktadır.Bu nedenle bulduğumuz sonuçları, bu çalışmalarla karşılaştırırken, kültürel farklılıklar da göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastaların yaşam alanı, bakımvereni ile arasındaki ilişkinin boyutu, hastaların belirlediği ihtiyaç sayısında varyansın %18, 2'sini açıklamaktaydı.Yaşam alanının bakımevi olması, bakımverenlerin belirlediği ihtiyaç sayısını artırıcı yönde etki etmekteydi.Bu bulgu literatürle uyumluydu.Hansson ve arkadaşlarının (2001), Slade ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmalarda da bakımevinde kalan hastalarda, ailesinin yanında kalan hastalara göre daha çok sayıda ihtiyaç belirlenmiştir.

Çalışmamızda cinsiyet de hastanın ihtiyaç durumunu etkilemektedir.Kötü prognoz kriterlerinden olduğunu bildiğimiz erkek hasta olmak, ihtiyaçları da arttıran bir faktöre benzemektedir.Cinsiyet, hastanın belirlediği toplam ihtiyaç sayısında varyansın %11'ini açıklamaktaydı.Yapılan bazı çalışmalarda (Hansson ve ark.2001, Ochoa ve ark.2003) cinsiyet faktörü bir yordayıcı olarak bulunmamıştır.Bazı çalışmalarda ise (Slade ve ark. 1998) bulunmuştur.

Şizofrenide, birazda hastalığın doğasından ötürü bazen ayırt edilmekte zorlanılan depresif belirtilerin de hastaların ihtiyaçlarını arttırdığı görülmekteydi."Depresif belirtiler" hastaların belirlediği ihtiyaç sayısında varyansın %16,5'ini(Bu alanda en yüksek orana sahip yordayıcı değişken) açıklamaktaydı.Hekimlerin depresif belirtileri tanıyıp, doğru ve uygun şekilde tedavi etmeleri, hastaların ihtiyaç sayısını da azaltabilecektir.

"Aile yükü" hastanın belirlediği ihtiyaç sayısında varyansın %8,4'ünü açıklamaktaydı.Bakımverenin yükü arttıkça ihtiyaçlar da artmaktaydı.Bu iki faktör

karşılıklı olarak birbirlerini etkiliyor görünüyordu.İhtiyaçlar arttıkça bakımverenlerin üzerindeki yük artmakta, bakımverenlerin yükü arttıkça da, hastaların ihtiyaçları daha da artmaktaydı. Bu iki faktörün pearson korelasyonunun anlamlılığını, testin yönü hakkında bir öngörü yapmadan, iki yönlü hipotez testini seçtiğimizde de ($p < 0,0001$ ve $r = 0,411$) anlamlılık söz konusuydu.Bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısında, yaşam alanı varyansın 18'2'sini, cinsiyet %9,9'unu açıklamaktaydı.Bakımverenler tarafından, bakımevindeki hastalar ve erkek hastalar için daha çok sayıda ihtiyaç belirlendi. Bakımevinde kalan hastaların daha çok sayıda ihtiyacı olması, literatürle uyumluydu.(Slade ve ark.1998, Hansson ve ark.2001)

PANSS pozitif belirtiler ölçeği bakımverenlerin belirlediği ihtiyaçların güçlü bir öngörücüsü olarak belirlendi.Varyansın %21.6'sını (Bu alanda en yüksek orana sahip yordayıcı değişken)açıklamaktaydı.Bu bulgu literatürle uyumluydu(Ochoa ve arkadaşlarının çalışmasında 2003, Hansson ve arkadaşlarının çalışması 2001) Diğer çalışmalarda da klinik belirtiler bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısının yordayıcılarından biri olarak belirlenmiştir.PSP-işlevsellik puanları, bakımverenlerin belirlediği ihtiyaçlarda varyansın %8,4'ünü açıklamaktaydı. Hastaların işlevsellik düzeyleri arttıkça, bakımverenler tarafından daha az ihtiyaç belirlenmekteydi.Bu bulgu da literatürle uyumluydu (Ochoa ve arkadaşlarının çalışmasında 2003, Hansson ve arkadaşlarının çalışması 2001).Çalışmalarda işlevsellik düzeyi bakımverenin belirlediği toplam ihtiyaç sayısının yordayıcılarından biri olarak belirlenmiştir. PANSS negatif belirtiler ölçeği varyansın %3,7 Calgary Depresyon ölçeği %3,5, Aile yükü ölçeği de %2,7 gibi varyansın daha küçük bölümlerini açıklamaktaydı.

Şizofreni hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği, toplam ihtiyaçlarla yüksek düzeyde bağıntı göstermesine rağmen, hem hasta hem de bakımverenin değerlendirmesinde regresyon denkleminde giremedi.Yaşam kalitesi puanları yüksek olan hastalar aynı zamanda PSP işlevsellik puanları da yüksek olan hastalardı.Muhtemelen ikisi arasındaki bu yüksek korelasyondan ötürü "yaşam kalitesi" regresyon denkleminin dışında kaldı.

Üçüncü regresyon modelinde, hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaç bağımlı değişken olacak şekilde aşamalı regresyon analizi yapıldı.Ölçeklerden sadece Aile yükü ölçeği ile PANSS genel psikopatoloji ölçeği, regresyon denkleminde

girebildiler.Kontrol değişkenleri olan yaşam alanı ve cinsiyet bu modelde regresyon denkleminde giremediler.Çalışmamızın öngörmekte en başarısız olduğu alan, hastaların karşılanmamış ihtiyaçlarıydı.Hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaçlardaki varyansın ancak % 23, 4'ü açıklanabilmekteydi. Bu alanda, en yordayıcı değişken, Aile yükü puanları olmuştu.Aile yükü puanları varyansın %19,3'ünü açıklarken, PANNS genel-psikopatoloji puanları da %4,1'lik küçük bir kısmını açıklamaktaydı.Bu da şizofreni de aile yükünü azaltmak için yapılan çalışmaların ne kadar değerli ve etkin olduğunu göstermekteydi.Aile yükü arttıkça, hastanın karşılanmamış-eksik- ihtiyaçları da artmaktaydı.Gülseren ve arkadaşlarının(2009) yaptıkları çalışmada, hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılması, hasta yakınlarının anksiyete-depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler, sağlık personeli desteğini de içeren iyi bir sosyal destek, hasta yakınlarına hastalıkla uygun şekilde başa çıkma konusunda eğitim verilmesi, aile üyelerinin yükünün azaltılması için belirlenmiştir.Planlanan toplum ruh sağlığı hizmetlerinde, aileler için de kesinlikle bir altbaşlık oluşturulup, aileler için de daha etkin çalışmalar yürütülmelidir.

Dördüncü regresyon modelinde, bakımverenin belirlediği karşılanmamış ihtiyaç bağımlı değişken olacak şekilde aşamalı doğrusal regresyon analizi yapıldı.Model varyansın %58,8'ini öngörebilmekteydi.Yaşam alanı varyansın %31,6'sını, cinsiyet %3,4'ünü, Ölçeklerden PANSS-pozitif belirtiler ölçeği varyansın %17,6'sını, Aile yükü ölçeği ise %6,2'sini açıklamaktaydı.Kontrol değişkenleri dışarıda bırakılınca, yordayıcı değişkenler varyansın %24'ünü açıklamaktaydı.

Bu modeli analiz ettiğimizde, hastaların yaşam alanının ailesi yerine bakımevi olması, bakımverenin de anne ya da eş değil de bakımevi çalışanı olmasının, hastaların karşılanmamış ihtiyaçlarını ciddi şekilde azalttığı belirlendi.Bu durum literatürle uyumsuzluk göstermekteydi.Çalışmalarda korumalı evlerde, bakımevlerinde kalan hastalarda daha çok sayıda karşılanmamış ihtiyaç belirlenmiştir. (Hansson ve ark.2001, Slade ve ark.1998)

Hastaların belirlediği eksik ihtiyaçlarda böyle bir veri ile karşılaşmadık.Bu durumu birkaç şekilde yorumlayabiliriz: Hastalarla çok daha güçlü duygusal bağları olan birinci derece yakınlar, hastanın ilgili alandaki ihtiyacı ile ilgili olarak durumunu daha kötü görme eğiliminde olup, ihtiyaçla ilgili eksikliği, gerçekte olduğundan daha

abartılı bir şekilde algılamaktaydılar.Ya da bakımevi çalışanları hastaların ihtiyaçları tam olarak karşılanmadığı halde, karşılanmış gibi değerlendirmekteydiler.

Ochao ve ark.(2003) yaptığı çalışmada hastaların belirlediği karşılanmamış ihtiyaçlar için varyansın yüzde onu, bakımverenlerin belirlediği karşılanmamış ihtiyaçlar için varyansın yüzde onbeşi öngörülebilmektedir.Hansson ve ark.(2001) yaptığı çalışmada karşılanmamış ihtiyaçlar için varyansın yüzde yirmisi öngörülebilmektedir.

Bizim çalışmamızda da karşılanmayan ihtiyaçlar için bulunan varyans değerleri düşmekteydi.Bakımverenlerde toplam ihtiyaçta %67 olan varyans, karşılanmamış ihtiyaçta %58'e; hastalarda toplam ihtiyaçta %45 olan varyans karşılanmamış ihtiyaçta %23'e düşmekteydi.Özelikle hastanın belirlediği alandaki düşüş çok dikkat çekiciydi.

Başka bir deyişle birçok farklı alana ilişkin- eğitim, aile yükü, duygudurumu, işlevsellik yaşam kalitesi, klinik belirtiler- değişkenler kullanmamıza rağmen, hastaların karşılanmayan ihtiyaçlarının dörtte üçü için bir ilişki, bağıntı kestirememekteyiz.Bir ihtiyacı özellikle de giderilemeyen bir eksikliği değerlendirirken, aslında hastanın klinik durumu ve işlevselliği vb. ile kısmen ilişkili bir durum söz konusu görünmektedir.Buradan şu sonucu çıkarabiliriz: "Her hastanın gereksinimi ona özgün değerlendirilmelidir".

Bununla birlikte, çalışmamızda şizofrenide ihtiyaçlar için Calgary Depresyon Ölçeği, Aile Yükü Ölçeği, PANSS pozitif belirtiler ölçeği anlamlı yordayıcılar olarak belirlendi.

Çalışmamızda her bir ihtiyaç alanı için, ihtiyacın olması ya da olmaması bağımlı değişken olacak şekilde lojistik regresyon analizi uygulandı.Hastaların yaşam alanı, cinsiyeti, izlendiği hastane tipi, Calgary Depresyon ölçeği, PSP işlevsellik ölçeği, ŞYNÖ , Aile Yükü ölçeği ve PANSS alt-ölçekleri, maksimum olabilirlik oranı değerleri esas alınarak, öngörücü değişkenler olarak belirlendi. (Tablo 82)

Erkek hastalar günlük aktivite ve diğerlerinin güvenliği alanlarında kadınlara göre yaklaşık on kat daha fazla ihtiyaç göstermekteydi.Bakımevinde yaşayan hastalar temel eğitim ve telefon alanlarında daha çok ihtiyaç göstermekte iken, psikotik belirtiler alanında daha az ihtiyaç göstermekteydiler.

Üniversite hastanesi tarafından izlenen hastalar ile Yaşam kalitesi puanı yüksek olan hastalar, günlük aktivite alanında; PSP işlevsellik puanı yüksek olan hastalarsa ev işleri alanında daha az ihtiyaç göstermekteydiler.

Calgary Depresyon puanı yüksek olan hastaların, psikolojik sorunlar, ilişkiler ve öz-güvenlik alanlarında daha fazla ihtiyacı sözkonusu iken; Aile yükü ve PANSS pozitif puanı yüksek olan hastalarsa, öz-güvenlik alanında daha fazla ihtiyaç göstermekteydiler. Her bir ihtiyaç alanı için özgün değişkenleri belirleyebilmek, bu ihtiyaçların giderilmesinde önemli katkılar sağlayabilecektir. Çalışmamızda özellikle öz-güvenlik, günlük aktivite ve psikotik belirtiler gibi sıklık gösteren ihtiyaç alanları için özgül yordayıcılar belirlendi.

BÖLÜM 7. SONUÇ

Hastalıkla, hastayla, tedaviyle ilgili düşünceler geliştirirken aslında çoğu zaman aynı perspektiften bakmaktayızdır. Aynı yerden baktığımız sürecede yeni bir şeyler görmek, görünce de fark etmek oldukça zordur. Belki de almış olduğumuz eğitim nedeniyle bunu yapabilmemiz gerçekten zordur. İnsan duygularını, düşüncelerini rakamlarla eşleştirip sonra da karşılaştırıyoruz. Acı 5 midir? Hüzün 3 müdür? Sevinç 10 mudur? Sanrı 3 müdür? Bu tez sürecinde şizofreni hastaları ile çalışırken daha önceleri ne kadar çok belirtilere, sayılara odaklandığımı fark ettim. Hastalar için yapabileceklerimin çok büyük bir kısmını; hastaların sanrıları, varsanıları, ilaçlar, reseptörler... vb. şeylere ayırıyordum. Tabii ki bunlarda çok önemliydi. Ama sanırım hastayı anlamak hepsinden daha önemli.

Yıllardır takip ettiğiniz hastanızın en çok istediği şeyi biliyor musunuz? Bir hayali var mı? Arkadaşı var mı? Nelerden mutlu olur? Bu soruların yanıtlarını bilmiyoruz ama şu ana kadar dört kez yatarak tedavi olduğunu, bir yatışının yaklaşık 2 aya uzadığını, bir kez de E.K.T yapıldığını, şu ana kadar kullandığı tüm ilaçları, eğer oluştuysa yan etkilerini biliyoruz. Bilmediğimiz soruların yanıtları için de aynı hassasiyeti gösterebilirsek, hastalarımız için yeni bir dönem başlamış olacaktır. Benzer bir değişikliği ruh sağlığı hizmetlerinde yapabilmek, aklımızın yanına gönlümüzü koymakla gerçekleşecektir.

Çalışmanın sınırlılıkları:

1-Çalışmamız kesitsel bir çalışmaydı. Bulgularımızla değişkenler arasındaki bağıntılar, incelendi. Nedensellik ya da sebep- sonuç çıkarımları yapabilmek ancak aynı hasta grubunun takip çalışmalarıyla mümkün olacaktır.

2-Çalışmamızın örnekleme doğru belirleyebilmek için, sadece kendi üniversite hastanemizden değil, Manisa'da ruh sağlığı hizmeti verilen diğer kurumlardan (Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve MRSHH'den) da hasta alındı. Her üç kurumdan da en az 30 hasta alması hedeflenmişti. Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezine devam eden şizofreni tanılı hasta sayısı 20 olduğu için, bu kurumdan alınan hasta sayısı 20'de kaldı. MRSHH polikliniğinden çalışmaya alınan 39 hastanın

35'i bakımevlerinde kalmaktaydı. Çalışmada uygulanan testlerin süresi ve bazı testlerin hem hastaya hem bakımverene yapılması, polikliniğe aileleri ile gelen hasta ve yakınlarının istenilen sayıda çalışmaya alınmasını engelledi.

3- Örneklemimizdeki 94 hastanın 29'u kadın, 65'i erkekti. Bu da şizofreni hastalarında kadın erkek oranının eşit olduğunu düşününce, evrenle uyumsuzluk göstermekteydi.

4- Camberwell ihtiyaç ölçeği, yapısı itibarı ile daha çok ihtiyaç alanlarının bir envanter listesini yapmaktadır. İhtiyacın seviyesini belirleyen derecelendirme ile ilgili bir ölçüm yapmamaktadır. Çalışmamız ihtiyaçların şiddeti ile ilgili bir değerlendirmeden yoksundur.

Çalışmanın katkıları:

1-Şizofreni tanılı hastaların tedavilerini planlarken, ihtiyaçlarını ve karşılanmamış ihtiyaçlarını belirlemek, klinik değerlendirmenin önemli bir tamamlayıcısı olacaktır.

2- İhtiyaç ve karşılanmayan ihtiyaç verilerinin analizi, sadece tedavi planlanmasında değil, aynı zamanda ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında ve verilecek olan hizmetlerin etkinliğinin artırılmasında önemli katkılar sağlayacaktır.

BÖLÜM 8. KAYNAKLAR

- 1-Leff J: Working with families of schizophrenic patients: effects on clinical and social outcomes. In Schizophrenia, Moscarelli M, rupp A, Sartorius N (eds), John Wiley&Sons, New York, p.261-271.
- 2-.Needs and its relation to symptom dinensions in a sample of Outpatients with Schizophrenia S. Ochoa , J.M. Haro , J.Usall , J. Autonell Schizophrenia Research 75 (2005) 129-134
3. The Nordic Study on Schizophrenic Patients living in the community. Subjective Needs and Perceived help T. Middelboe, T. Mackeprang, L. Hansson, G. Werdelin Eur Psychiatry 2001; 16 : 207-15
- 4 Erkoç S. Tarihçe Şizofreni, Okyanus yayınları, İstanbul, 1998: 6-21
- 5- Öztürk, O Şizofreni. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara, 2001; 217-281, Sekizinci basım
6. Crow TJ. Schizophrenia as the price that homo sapiens pays for language: a resolution of the central paradox in the origin of the species. Brain Res Brain Res Rev 31(2-3): 118-129, 2000.
- 7- Harrison PJ, Owen MJ. Genes for schizophrenia: Recent findings and their pathophysiological implications. Lancet 361:417-419, 2003.
- 8- Levinson DF. Moleculer genetics of schizophrenia : A review of the recent literature. Curr Opin Psychiatry 16: 157-170, 2003.
- 9- O'Callaghan E, Gibson T, Colohan HA, Walsche D, Buckley P, Larkin C,Waddington J. Season of birth in mental disorder, BRJ Psychiatry; 158:764-769, 1991.
10. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı (2. baskı). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 321-354, 2007.
11. Cannon TD, Van Erp TG, Rosso IM, Huttunen M, Lonnqvist J, Pirkola T, Salonen O, Vallanne L, Poutanen VP, Standertskjold-Nordenstam CG. Fetal hypoxia and structural brain abnormalities in schizophrenic patients, Their siblings, and controls. ,Arch Gen Psychiatry 59(1): 35-41, 2002.
- 12- Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. Am J Psychiatry 162(1):12-24, 2005.

- 13- Davis KL, Kahn RS, Ko G, Davidson M. Dopamine in schizophrenia: A review and reconceptualization. *Am J Psychiatry* 148: 1474-86, 1991.
- 14- Ertuğrul A. Sizofreni etyolojisi. *Türkiye klinikleri Dergisi*, Sizofreni özel sayısı 1:6-14, 2005.
- 15- Öztürk MO, Ulusahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları kitabı I (11. baskı). Tuna Matbaacılık, Ankara, 242-323, 2008
- 16- Wong AHC, Van Tol HHM. Schizophrenia: From phenomenology to neurobiology. *Neuroscience and biobehavioral reviews*; 27: 269-306, 2003.
- 17- Soyğür H, Alptekin K, Atbasoğlu EC, Herken H (Ed.). Sizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007.
- 18- Silbersweig DA, Stern E, Frith C, Cahill C, Holmes A, Grooten S ve ark. A functional neuroanatomy of hallucinations in schizophrenia. *Nature* 378: 176-179, 1995.
- 19- Lieberman JA. Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective. *Biol Psychiatry* 46: 729-739, 1999.
- 20- Maynard TM, Sikich L, Lieberman JA, La Mantia AS. Neural development, cell-cell signaling, and the 'two-hit' hypothesis of schizophrenia. *Schizophr Bull*; 27: 457- 476, 2001.
- 21- Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-4 TR) (2000). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Çeviri Editörü Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- 22- Buchanan RW, Carpenter WT (2005) Concept of Schizophrenia Comprehensive textbook of Psychiatry, Cilt 1, 8. Baskı sf:1329-1345.
- 23 Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri Synopsis of Psychiatry Ninth edition, Çeviri editörü Hamdullah Aydın, 2. baskı; 134-153 Güneş Kitabevi 2005 İstanbul.
24. Normative needs for community-based psychiatric care of patients with Schizophrenia in different residential settings Matthias Leibe , Thomas W. Kallert *Psychiatry Research* 118 (2003) 223-233
25. Clients with long-term mental disabilities in a Swedish country-conditions of life, needs of support and unmet needs of service provided by the public health and social service sectors Lennart Jansson , Karin Sonnander , Frits-Axel Wiesel *European Psychiatry* 18 (2003) 296-305

26. Breier A (1998) Şizofrenide Yeni İlaç Tedavileri, Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- 27 Şizofreni Dizisi 1998;2:64-74 Uz. Dr. A. Giray ARIHAN ŞizofreniEpidemiyolojisi
28. Current.Psikiyatri Tanı ve Tedavi Current Diagnosis & Treatment İn Psychiatry; çeviri editörleri Birsöz S, Karaman T. ; 260-277. 1. baskı. 2003, Ankara.
- 29-Ceylan M.E. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni,Cilt, 2.Baskı 2001;1-40.
- 30 Işık E. Güncel Şizofreni.1.Baskı. Ankara, 2006, 21-24,315
- 31- Albrecht GL, Fitzpatrick R A sociological perspective on health-related quality of life research, Advanced in Medical Sociology. Vol. 5. Quality of life in health care. (Eds GL Albrecht, R Fitzpatrick), pp. 1-21. Jai Press, Greenwich. London, 1994
32. Üçok A. Klinik Psikiyatri 2003; ek 1:3-8Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?
- 33 Patient –rated mental health needs and quality of life improvement Mike Slade, Morven Leese, Sharon Cahil, Graham Thornicroft and Elizabeth Kuipers The British Journal of Psychiatry BJP 2005, 187:256-261.
- 34- Bauer M, Kunze H, von Cranach M ve ark.(2001) Psychiatric reform in Germany. Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 27-34
- 35- Muijen M (2008) Mental health services in Europe: An overview. Psychiatric Services; 59:479–482.
- 36- Rutz W (2001) Mental health in Europe: problems, advances and challenges Acta Psychiatr Scand; 104 (Suppl. 410): 15-20.
37. Becker T, Kilian R (2006) Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? Acta Psychiatr Scand; 113 (Suppl. 429) 9–16.
- 38- Kallert TW, Glöckner M, Priebe S ve ark. (2004) A comparison of psychiatric day hospitals in five European countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 39: 777-788
- 39- Killaspy H, Harden C, Holloway F ve ark. (2005) What do mental health rehabilitation services do and what are they for? A national survey in England. Journal of Mental Health; 14: 157-165.
- 40- Killaspy H. (2006) From the asylum to community care: learning from experience Br Med Bull; 79-80: 245-258

- 41- Killaspy H (2007) Assertive community treatment in psychiatry. *BMJ*; 335: 311-312.
- 42 Johnson S, Zinkler M, Priebe S (2001) Mental health service provision in England. *Acta Psychiatr Scand*; 104(Suppl. 410): 47-55.
- 43-Becker T, Hülsmann S, Knudsen HC ve ark. (2002) Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 37: 465–474.
44. Munk-Jørgensen P (1999) Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 249 :136–143
- 45-.Şizofreni hastalarının Bakım Veren Yakınlarında Hastaların Rehabilitasyon Merkezine Devam Etmelerinin Etkisi F. Aysel Kol Akıncı tıpta uzmanlık tezi, İstanbul 2010
- 46- Dr. Derya Eryıldız Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi'ne devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması(uzmanlık tezi). İstanbul – 2008
- 47- İnsan olmanın psikolojisi, Abraham Maslow Kuraldışı Yayınları
- 48- Met and Unmet Needs of Schizophrenia Patients in a Spanish Sample by S. Ochoa, J.M. Haro, J. Autonell, A. Pendas, F. Teba, M. Marquez, and the NEDES Group, *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 29, No. 2, 2003
- 49- Slade,M.;Phelan,M.;and Thornicroft,G and Parkman,S. The Camberwell Assessment of Need (CAN): Comparision of assessment by staff and and patients of the Needs of the severely mentally il. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*,31:109-113,1996.
- 50-.Hansson,L.;Viding,H.;Mackeprang,T. Comparision on key worker and patient assessmentof Needs in Schizophrenic patients living in the community:A Nordic multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*,103:45-51,2001
- 51-Thornicraft,G. The uses and limitations of mental health service need indexes. *British Journal of Psychiatry*169(6):792, 1996.
52. The Camberwell assessment of need as an outcome measure in routine mental health care Erik Wennström, Frits-Axel Wiesel *Soc Psychiatr Epidomol* (2006) 41:728-733

- 53- Top M. Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam* 2003; 16(1): 18-2
- 54- Yazıcı A. Bakırköy kronik hasta rehabilitasyon formu'nun yapılandırılması. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 47(3): 183-195
- 55- Doğan O. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2002; 3: 133-139
- 56- Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *Eur. Psychiatry* 12(suppl.3):263-266, 1997.
- 57- Zonguldak Karaelmas Üni. Savaş Öztürk Şizofrenide yaşam kalitesi tezi 2010
- 58- Meltzer HY, Bond DD. Quality of life in schizophrenia: Importance for psychopharmacology research and practise. *News Quality of life Letter*, 9:9-10, 1994.
- 59- Voruganti LNP, Heslegrave RJ, Awad AG. Quality of life measurement during antipsychotic drug therapy of schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci*;22(4):267-274, 1997
- 60- Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 102(suppl.407):33-37, 2000.
- 61- Örsel S, Akdemir A, Özel S. Şizofrenide yaşam kalitesi: Depresyon, anksiyete ve negatif belirtilerin etkileri. *3P Dergisi* 11:25-34, 2003.
- 62- Kugo A, Terada S, Ishizu H, Takeda T, Sato S, Habara T. Quality of life for patients with schizophrenia in a Japanese psychiatric hospital. *Psychiatry Research* 144:49-56, 2006
- 63- Huppert JD, Smith TE. Longitudinal Analysis of Subjective Quality of Life in Schizophrenia: Anxiety as the Best Symptom Predictor. *J Nerv Ment Dis* 189:669-675, 2001
- 64- Huppert JD, Weiss KA, Lim R, et al. Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research* 51:171-180, 2001.
- 65- Galletly CA, Clark CR, McFarlane AC, Weber DL. Relationships between changes in symptom ratings, neuropsychological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine. *Psychiatry Research* 72:161-166, 1997.
66. Örsel S, Akdemir A, Da I. The Sensitivity of Quality-of-Life Scale WHOQOL- 100 to Psychopathological Measures in Schizophrenia *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 45, 1, 57-61, 2004.

67. Gaite L., Vazquez-Barquero J. L., Borra C., Ballesteros J., Schene A., Welcher B., Thornicroft G., Becker T., Ruggeri M., Herran A., Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study *Acta Psychiatr Scand* 105: 283-292, 2002
68. Kasckow JW, Twamley E, Mulchahey JJ., Carroll B, Sabai M, Strakowski SM., Patterson T, Jeste DV. Health-related quality of well-being in chronically hospitalized patients with schizophrenia: comparison with matched outpatients, *Psychiatry Res* 103:69–78, 2001.
69. Norman RMG, Malla AK, McLean T, Voruganti LPN, Cortese L, McIntosh E, Cheng S, Rickwood A. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatr Scand* 102: 303-309, 2000.
70. Eack SM, Newhill CE: Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 33:1225–1237, 2007.
71. Sim K, Mahendran R, Siris S, Heckers S, Chang S. Subjective quality of life in first Episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression *Psychiatry Research* 129; 141- 147, 2004
72. Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, Figueira IL. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *J Psychiatr Res* 39: 409-14, 2005.
73. Xiang YT, Weng YZ, Leung CM, Tang WK, Ungvari GS Subjective quality of life in outpatients with schizophrenia in Hong Kong and Beijing: relationship to socio-demographic and clinical factors. *Qual Life Res* 17(1):27-36, 2008 .
74. Adewuya AO, Makanjuola ROA. Subjective quality of life of Nigerian schizophrenia patients: sociodemographic and clinical correlates *Acta Psychiatr Scand* 120: 160–164, 2009.
75. Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the right stuff? *Schizophr Bulletin* 26: 119-136, 2000.
76. Aksaray G, Oflu A, Kaptanoglu C, Bal C, Neurocognitive deficits and quality of life in outpatients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 26:1217– 1219, 2002.

77. Woon PS, Chia MY, Chan WY, Sim K, Neurocognitive, clinical and functional correlates of subjective quality of life in Asian outpatients with schizophrenia Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry 34 ; 463–468, 2010
78. Simsek D. Sizofreni hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Isparta, 2006
79. Aviram U. Community care of the seriously mentally ill: continuing problems and current issues. Community Ment Health J. 1990 Feb;26(1):69-88. Review. PMID:2188776
80. Lauber C, Eichenberger A, Luginbuhl P, et al. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. Eur Psychiatry 2003;18:285–289
81. Hatfield AB. Semantic barriers to family and professional collaboration Schizophr Bull. 1986;12(3):325-36
82. Leal M, Sales R, Ibáñez E, Giner J, Leal C. .[Evaluation of the effect of a psychoeducational program on the burden in informal caregivers of patients with schizophrenia] Actas Esp Psiquiatr. 2008 Mar-Apr; 36(2):63-9
83. Castilla A, Lopez M, Chavarria V, Sanjuan M, Canut P, Martinez M, et al. La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1998;68:621-42
84. Hirst M. Carer distress: a prospective, population based study. Soc Sci Med 2005; 61:697–708
85. Treasure J. Review: exploration of psychological and physical health differences between caregivers and non-caregivers. Evid Based Ment Health 2004; 7:28
86. Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. Am J Geriatr Psychiatry 2004; 12:240–249
87. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. Pharmacoeconomics. 2008;26(2):149-62. Review
88. Glynn SM, Cohen AN, Dixon LB, et al. The potential impact of the recovery movement on family interventions: opportunities and obstacles, Schizophr Bull 2006; 32: 451-63
89. Warner R. Recovery from schizophrenia: psychiatry and political economy. 3 ed. London: Brunner-Routledge, 2003

90. President's New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Executive summary. Rockville (MD): Department of Health and Human Resources, 2003
91. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, Kreyenbuhl J. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. 2004 Feb;161(2 Suppl):1-56.; American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines
92. Awad AG, Wallace M. Patient and carer Perspectives in schizophrenia: a workshop. The First Worldwide Pfizer Neuroscience Consultants Forum; 1999 Apr 14; Barcelona
93. Coon DW, Rubert M, Solano N, et al. Well-being, appraisal, and coping in Latina and Caucasian female dementia caregivers: findings from the REACH study. *Aging Ment Health* 2004; 8:330–345. 73
94. Mausbach BT, Coon DW, Depp C, et al. Ethnicity and time to institutionalization of dementia patients: a comparison of Latina and Caucasian female family caregivers. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:1077–1084
95. Pinquart M, Sorensen S. Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: a meta-analysis. *Gerontologist* 2005; 45:90–106
96. Wong DF, Tsui HK, Pearson V, et al. Family burdens, Chinese health beliefs, and the mental health of Chinese caregivers in Hong Kong. *Transcult Psychiatry* 2004; 41:497–513
97. Gülseren L. Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(2): 143-51
98. Koukia E, Madianos MG. Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005 Aug;12(4):415-22
- 99- Magliano L, Fadden G, Economou M ve ark. Family burden end coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35:109-115
100. Gulseren L. Şizofrenide Aile Yükünün Yordayıcı etmenleri *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(3): 203-212

101. Emiroğlu B, Karadayı G, Aydemir Ö, Üçok A. Şizofreni Hastalarında İşlevsel İyileşme Ölçeği: Güvenirlilik ve Geçerlik çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi 2009;46 Özel Sayı 15-24.
102. Fidaner H, Elbi h, Fidaner C ve ark. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF, 3P Dergisi 7(Ek 2):3-66, 1999.
103. Velligan DI, Bow-Thomas C, Mahurin RK et al. Do Specific Neurocognitive Deficits Predict Specific Domains of Community Function in Schizophrenia? The Journal of Nervous and Mental Disease 2000;188 :518-24.
104. Barlas G. Maltepe üniversitesi hemşirelik bilim ve sanatı. Derg 2010; sempozyum özel sayı: 312-317
105. Anlar L. Sivas'ta bir psikiyatri kliniğinden taburcu olan hastaların ruhsal durumları, işlevsellik düzeyleri ve ilgili etkenler. Anadolu Psikiyatri Derg 2009; 10: 293-300
106. Fleischhacker WW, Rabinowitz J, Kemmler G et al. Perceived Functioning, Well-Being and Psychiatric Symptoms in Patients With Stable Schizophrenia Treated With Long-Acting Risperidone for 1 Year. Br. J. Psychiatry 2005; 187:131-6.
107. Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sosyal İşlevselliğin Objektif ve Subjektif Değerlendirmesi Dr. Deniz GÜNEŞ tıpta uzmanlık tezi, İstanbul 2010
108. Sadock BJ., Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th Edition, 2007
109. Hirsch SR. Weinberger DR. Schizophrenia. 2nd Edition, 2003.
110. Woodward ND, Purdon SE, Meltzer HY, Zald DH. A meta-analysis of neuropsychological change to clozapine, olanzapine, quetiapine, and risperidone in schizophrenia. International Journal of Neuropsychopharmacology (2005), 8, 457–472.
111. Green, M. F., R. S. Kern ve ark. (2000). "Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"?" Schizophr Bull 26(1): 119-136.
112. Harvey, P. D., M. F. Green ve ark. (2004). "Cognitive functioning in schizophrenia: a consensus statement on its role in the definition and evaluation of effective treatments for the illness." J Clin Psychiatry 65(3): 361-372.

113. Szöke A, Trandafir A, Dupont ME, Méary A, ve ark. Longitudinal studies of cognition in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* (2008) 192, 248–257.
114. Bora, E. M. Yücel ve ark. (2010). "Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: implications for DSM-V criteria and beyond." *Schizophr Bull* 36(1): 36-42.
115. Cannon M, Caspi A, Moffitt TE ve ark. Evidence for earlychildhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59: 449–456.
116. Murray RM, Sham P, Van Os J, Zanelli J ve ark. A developmental model for similarities and dissimilarities between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res*. 2004; 71: 405–416.

BÖLÜM 9. EKLER

EK-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı-Soyadı

Doğum yeri-yılı-Yaşı

Cinsiyeti

Medeni Durumu/Varsa Çocuk sayısı

Eğitimi

Meslek/ Çalışıyorsa İşi

Aile tipi

Sosyoekonomik düzey

Sosyal güvence

Yaşadığı yer

Yetiştığı yer

İzlendiği hastane tipi

Hastalığın başlangıç yaşı/Hastalıklı/Tedavisiz geçen süre

Hastaneye yatış sayısı

Kullandığı ilaç

Bakımveren

Bakımverenin eğitimi

Ek 2- Pozitif Negatif Sendrom Ölçeği

(PANSS) POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ

1 = Yok 2 = Çok 3 = Hafif 4 = Orta 5 = Orta/Ağır 6 = Ağır 7 = Çok Ağır

Hasta adı: _____ Tarih: _____ Vizit: _____ Değerlendiren: _____

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P)		GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G)	
P1. SANRILAR		G1. BEDENSEL KAYGI	
P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI		G2. ANKSİYETE	
P3. VARSANILAR		G3. SUÇLULUK DUYGULARI	
P4. TAŞKINLIK		G4. GERGINLIK	
P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI		G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU	
P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME		G6. DEPRESYON	
P7. DÜŞMANCA TUTUM		G7. MOTOR YAVAŞLAMA	
NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N)		G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA	
N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME		G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ	
N2. DUYGUSAL İÇÇEKİLME		G10. YÖNELİM BOZUKLUĞU	
N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK		G11. DİKKAT AZALMASI	
N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME		G12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ	
N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ		G13. İRADE BOZUKLUĞU	
N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI		G14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ	
N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME		G15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI	
		G16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA	

PUANLAMA: Pozitif belirtiler:

Negatif belirtiler:

Genel Psikopatoloji:

Toplam:

AstraZeneca

EK- 3 Algılanan Aile Yüğü Ölçeği

10072016

ALGILANAN AİLE YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklamalar: Lütfen aşağıdakileri değerdendirin: 1) Şizofreni hastalığı bulunan bir yakınınızda davranış varsa; 2) Davranışın size verdiği rahatsızlığı belirtin. (Zaman aralığı olarak son bir ayı gözönünde bulundurun).

	A	B				
	Davranış varsa "X" işareti koyunuz.	Davranışın size verdiği rahatsızlık derecesini belirtin				
		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok	DK
Korkulu görünür						
Üzgün görünür						
Canı sıkılır/keşifsiz görünür						
İlaç almayı reddeder						
Yardımlı almayı reddeder						
Yemek yemeyi reddeder						
Yüksək sesle konuşur						
Bağır						
Yataktan çıkmaz						
Güçlölkle konuşur						
Dağınık görünür						
Anlamsız konuşur						
İntiharla tehdit eder						
Kuşkuçu davranır						
Küfürölü konuşur						
Şiddet kullanımla tehdit eder						
Eşşaları fırlatır						
Başka kişileri rahatsız eder						
Başka kişileri suçlar						
Kendisine zarar verir						
Sık sık güler						
İlaçları kötüye kullanır						
Adınılayarak yürür						
Çok fazla sigara içer						

Değerdendiriciler için yönergeler:

Algılanan Aile Yüğü Ölçeği 0 ile 5 arasında değışen 5 puan üzerinden değerdendirilir.

Değerdendirme:

0= Davranış yoktur ve yakınına rahatsız etmez

1= Davranış mevcuttur ve yakınına rahatsız etmez.

2= Davranış mevcuttur ve yakınına "biraz" rahatsız eder.

3= Davranış mevcuttur ve yakınına "oldukça" rahatsız eder.

4= Davranış mevcuttur ve yakınına "çok" rahatsız eder.

Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği

CALGARY ŞİZOFRENİDE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hasta adı:

Tarih:

Vizit:

Değerlendirme:

1) Depresyon: Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neselenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzgün müydünüz? Son iki hafta içinde her gün ne kadar sıklıkla kendiniz [KENDİ KİMLİĞİNİZİ] hissediyorsunuz? Gün boyu?

☐ 0. Yok

☐ 1. Hafif: Sonuçta biraz üzgün ya da güvensizlik ifade eder

☐ 2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısında süren belirgin çökkün duygudurum; her gün var

☐ 3. Şiddetli: Her gün zamanın yarısından fazlasında süren belirgin motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

2) Umutsuzluk: Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam o kadar umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiğiniz mi, yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

☐ 0. Yok

☐ 1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazı zamanlar umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor

☐ 2. Orta: Son iki hafta boyunca sürekli, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor

☐ 3. Şiddetli: İsratlı ve sıkıya varan umutsuzluk duygusu

3) Değersizlik duygusu: Başka insanlara karşı aklınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa ya aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da daha değersiz mi hissediyorsunuz?

☐ 0. Yok

☐ 1. Hafif: Kendi değersizlik duygusu var, değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor

☐ 2. Orta: Kendi değersizlik hissediyor; ama zamanın yarısından azında

☐ 3. Şiddetli: Kendi zamanın yarısından fazlasında kendini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor

4) Suçlulukla ilgili Ahnma Düşünceleri: Bir konuda itham ediliyorsunuz ya da hatta haksız yere suçlandırıldığınızı duyduğuna kapıldınız mı? Hangi konuda? (Doğru anıtları itham ya da suçlamalar kabul etmeyin. Suçluluk sanımlarını dışlayın)

☐ 0. Yok

☐ 1. Hafif: Kendi zamanın yarısından azında kendinizi itham altında hissediyor ama suçlu hissetmiyor

☐ 2. Orta: Kendi suçluluğuna dair sürekli duyular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular

☐ 3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair sürekli duyular. İkna edilemiyor; suçlu, öyle olmadığını kabul etmiyor

5) Patolojik Suçluluk: Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kaba ve/veya bulma ağıllı mı hissediyorsunuz? Bu konuyla ilgili derecede uğraşmıyor, hak ettiğinizi düşünüyor musunuz?

☐ 0. Yok

☐ 1. Hafif: Kendi zamanın yarısından azında küçük kabaretler konusunda olması gerekenin fazla suçluluk duyuyor, ama bu zamanın yarısından azında

☐ 2. Orta: Kendi suçluluğuna dair sürekli duyular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular

☐ 3. Şiddetli: Kendi suçluluğuna dair sürekli duyular. İkna edilemiyor; suçlu, öyle olmadığını kabul etmiyor

6) Sabah Depresyonu: Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkün üğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğinizi fark ettiniz mi?

☐ 0. Yok: Depresyon yok

☐ 1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişiklik yok

☐ 2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği, kendinizi belirgin

☐ 3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin yoğun olduğu depresyon akşamlar çözülür

7) Erken Uyanma: Sabahları normalden daha mı erken uyanıyorsunuz? Bu haftaya kaç kez oluyor?

☐ 0. Yok: Erken uyanma yok

☐ 1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada bir kez) oluyor ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

☐ 2. Orta: Çoğunlukla (en çok haftada beş kez) oluyor ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

☐ 3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

8) Özkiyim: Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç düşündünüz mü? Kendinize ne yapabileceğinizi düşünüyorsunuz? Gerçekten derediniz mi?

☐ 0. Yok

☐ 1. Hafif: Sıkıya keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkiyim düşünceleri

☐ 2. Orta: Ömründe uğraşmış özkiyim tasarımı girişimde bulunmamıştır

☐ 3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkiyim girişim (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem)

9) Gözlenen Depresyon: Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanarak, görüşmede uygun anlarda sorulan "Kendinizi ağladığınızı hissediyor musunuz?" sorusu, bu gözlem için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

☐ 0. Yok

☐ 1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir

☐ 2. Orta: Kendi görüşme boyunca sıkıya, tekdüz bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur

☐ 3. Şiddetli: Kendi sıkıya varan konuşmalarında boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da kişi ısratlı olarak ısratlı raptarı donatmış durumdadır ancak görüşme depresyonunun varlığını günden emindir.
Toplam Puan: AstraZeneca 

EK-5

ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ

1-) Evdeki ilişkiler	0-1-2-3-4-5-6
2-) Arkadaşlık ilişkileri	0-1-2-3-4-5-6
3-) Tanıdık edinebilme	0-1-2-3-4-5-6
4-) Sosyal aktiviteler	0-1-2-3-4-5-6
5- Sosyal Bağlar	0-1-2-3-4-5-6
6- Girişkenlik	0-1-2-3-4-5-6
7- Toplumdan uzaklaşma	0-1-2-3-4-5-6
8- Karşı cinsle ilişkiler	0-1-2-3-4-5-6
9- Mesleki role uyum	0-1-2-3-4-5-6
10- Başarı	0-1-2-3-4-5-6
11- Potansiyelini kullanabil.	0-1-2-3-4-5-6
12- Mesleki doyum	0-1-2-3-4-5-6
13- Amaç edinebilme	0-1-2-3-4-5-6
14- Motivasyon	0-1-2-3-4-5-6
15- Çevreye ilgi	0-1-2-3-4-5-6
16- Anhedoni	0-1-2-3-4-5-6
17- Zaman kullanımı	0-1-2-3-4-5-6
18- Kişisel Eşyalar	0-1-2-3-4-5-6
19- Günlük Faaliyetler	0-1-2-3-4-5-6
20- Eşduyum	0-1-2-3-4-5-6
21- Görüşmeci ile etkileşim	0-1-2-3-4-5-6

EK-6

Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

a-sosyal açıdan yararlı aktiviteler	Yok	Hafif	Görünür	Belirgin	Şiddetli	ÇokŞiddetli
b- kişisel ve sosyal ilişkiler	Yok	Hafif	Görünür	Belirgin	Şiddetli	ÇokŞiddetli
c- özbakım	Yok	Hafif	Görünür	Belirgin	Şiddetli	ÇokŞiddetli
d- rahatsız edici agresif davranışlar	Yok	Hafif	Görünür	Belirgin	Şiddetli	ÇokŞiddetli

PSP Toplam Skoru:

91-100

81-90

71-80

61-70

51-60

41-50

31-40

21-30

11-20

1-10

EK-7 Camberwell İhtiyaç (Değerlendirme) Analiz Ölçeği

8.1. YERLEŞİM YERİ

Hastanın
Değerlendirmesi

Bakım verenin
Değerlendirmesi

DANIŞAN UYGUN BİR
EVDEN YOKSUN MU?
(Şimdi nerede yaşıyorsunuz?)
(Nasıl bir yer?)

CAN0101
[]

CAN0102
[]

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

HASTAYA BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 2.SORUYA GEÇİN

Yaşadığınız yer ile ilgili olarak
arkadaşlarınızdan ya da yakın
larınızdan yardım alıyormusunuz?

CAN0103
[]

CAN0104
[]

0=Hayır

1=Düşük düzeyde yardım

2=Orta düzeyde yardım

3=İleri düzeyde yardım

Ör:Birkaç parça eşya temini
Ör:Yasanan yer iyleştirmeye
yönelik yardım.Dairenin ye
niden dekorasyonu gibi

Ör:Kendi yerleşim yeri elverişli
olmadığından yakınılarıyla yaşıyor.

İkametiniz için yerel/bölgesel

hizmetlerden yardım alıyor musunuz?

CAN0105
[]

CAN0106
[]

İkametiniz için yerel hizmetlerin

yardımına gereksinme duyuyor musunuz?

CAN0107
[]

CAN0108
[]

0=Hayır

1=Düşük düzeyde

2=Orta düzeyde

3=İleri düzeyde

Ör:Ufak çapta dekorasyon yardımı alabilse

Ör:Büyük değişiklikler/iyileştirmeler sağlansa

Ör:Yeni den ev temini yapılabilse

Sizce, yaşadığınız yer doğru seçilmiş bir yer mi?

CAN0109
[]

CAN0110
[]

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

Genelde, ev sorunu ile ilgili olarak

Aldığınız yardımdan memnunuz musunuz?

CAN0111
[]

(0=Memnun değil 1=Memnun 9=Bilinmiyor)

Hastanın gereksinme duyduğu
hizmetlere ilişkin görüşü

Bakım verenin gereksinme duyduğu
hizmetlere ilişkin görüşü

S.2.UĞRAŞI/İŞ	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım verenin Değerlendirmesi
1.Danışanın işleriyle ilgili herhangi bir sorunu var mı? (Gününüzü nasıl geçiriyorsunuz?) "[Danışan dışarıda herhangi bir işte çalışmıyor ya da ev işleriyle meşgul olamıyorsa işaretleyin]"	CAN0201 []	CAN0202 []
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR(Sorun yok) İSE 3. SORUYA GEÇİN		
Mevcut iş ya da uğraşınızı sürdürmek ya da böyle bir iş için aile ya da arkadaşlardan yardım alıyor musunuz?	CAN0203 []	CAN0204 []
0=Hayır		
1=Düşük düzeyde yardım	Ör:Zaman zaman gündelik aktivitelerle ilgili öneriler alıyor	
2=Orta düzeyde yardım	Ör:Kendisi için aktiviteler düzenleniyor.	
3=İleri düzeyde yardım	Ör:Günlük aktiviteleri düzenli olarak denetleniyor.	
Mevcut iş ya da uğraşınızı sürdürmek ya da böyle bir iş bulmak için yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?	CAN0205 []	CAN0206 []
Mevcut iş ya da uğraşınızı sürdürmek ya da böyle bir iş bulmak için yerel hizmetlerin yardımına gereksinme duyuyormusunuz?	CAN0207 []	CAN0208 []
0=Hayır		
1=Düşük düzeyde	Ör:İş eğitimi konusunda yardım alabilse	
2=Orta düzeyde	Ör:Geçici iş ayarlanabilse	
3=İleri düzeyde	Ör:Gündüz hastanesindeki aktivitelere katılması sağlansa	
"[Not:Birden fazla hizmete gerek duyuluyorsa en fazla olan yardım düzeyini işaretleyiniz]"		
Sizce bu sorun için doğru yardımı alıyor musunuz?	CAN0209 []	CAN0210 []
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
Genelde bu iş/uğraş sorunu ile ilgili aldığınız yardımdan memnun musunuz?	CAN0211 []	
(0=Memnun değil 1=memnun 9=Bilinmiyor)		
Hastanın gereksinme duyduğu Hizmetlere ilişkin görüşü	Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	

S.3. ÖZGÜL PSİKOTİK SEMPTOMLAR

	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım verenin Değerlendirmesi
Hastanın halüsinasyonları ya da sanrsal inançları var mı?	CAN0301 []	CAN0302 []
(Hastalandığınızda sesler işitiyormusunuz ya da rahatsız edici yaşantılarınız oluyor mu?)		
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
HASTA VE BAKIM VERENİN DEĞERLENDİRMESİ HAYIR İSE 4. SORUYA GEÇİN		
Bu sorunlar için aile ya da arkadaşlarınızdan yardım alıyor musunuz?	CAN0303 []	CAN0304 []
0=Hayır 1=Düşük düzeyde yardım 2=Orta düzeyde yardım	Ör:Biraz ilgi ve destek Ör:Bakım verenler, sorunula başetme yöntemleri ve/veya ilaç kullanımına uyum sağlama konusunda yardımcı oluyor.	
3=İleri düzeyde yardım	Ör:Sürekli ilaç denetimi yapıyor ve sorunuyla başetme yöntemleri konusunda yardım alıyor.	
Bu sorunlar için yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?	CAN0305 []	CAN0306 []
Bu sorunlar için yerel hizmetlerin herhangi bir yardımına gereksinme duyuyor musunuz?		
0=Hayır 2=Orta düzeyde yardım	Ör: Ayda 3 kezden az ilaç denetimi yapılabilse Ör: Ayda 3 kezden fazla olmak üzere ilaç ve müskler yönünden ruhsal durum değerlendirilmesi yapılabilse.	
3=İleri düzeyde yardım	Ör: İlaç denetimi ve 24 saat hastane bakımı ya da evde kriz müdahalesi yapılabilse.	
Sizce, bu sorun için doğru/uygun yardımı alıyor musunuz?	CAN0309 []	CAN0310 []
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
Genelde, bu sorunlar için aldığınız yardımdan memnun musunuz?	CAN0311 []	
(0=Memnun değil 1=Memnun 9=Bilinmiyor)		
Hastanın gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	

S.4. PSİKOLOJİK SORUNLAR

	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım verenin Değerlendirmesi
Hasta sürekli olarak psikolojik sorunlardan yakınıyor mu?	CAN0401 []	CAN0402 []

(Son günlerle kendinizi çok üzgün ya da çökkün hissediyormusunuz
ya da aşırı düzeyde bir endişe ya da korku yaşıdınız mı?)

[“ Psikolojik sorun:depresyon,anksiyete,korkuyu içerir”]

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

HASTA VE BAKIM VERENİN DEĞERLENDİRMESİ HAYIR İSE 5.SORUYA
GEÇİN

Bu durumunuz için akrabalarınız ya da arkadaşlarınızdan ne tür bir yardım alıyorsunuz?	CAN0403 []	CAN0404 []
---	----------------	----------------

0=Hayır

1=Düşük düzeyde yardım

2=Orta düzeyde yardım

3=İleri düzeyde yardım

Ör:Biraz ilgi ve destek

Ör:En az haftada bir kez akraba ya da
arkadaşlarla bu konularla ilgili ko-
nuşma fırsatı buluyor

Ör:Sürekli destek ve denetim alıyor.

Bu sorunlar için yerel hizmetlerden
yardım alıyo musunuz?

CAN0405 CAN0406
[] []

Bu sorunlar için yerel hizmetlerin
herhangi bir yardımına gereksinme
duyuyor musunuz?

CAN0407 CAN0408
[] []

0=Hayır

1=Düşük düzeyde

2=Orta düzeyde

3=İleri düzeyde

Ör:Mental durum değerlendirme
ya da destek/öneri alabilse.

Ör:Özgül psikolojik ya da anksiyete
tedavisi alabilse.

Ör:24 saat hastane bakımı ya da
krize yönelik yardım alabilse

Sizce bu sorun için uygun yardımı
alıyor musunuz?

CAN0409 CAN0410
[] []

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

Genelde ,bu sorun için aldığınız yardımdan
memnun musunuz?

CAN0411
[]

(0=Memnun değil

1=Memnun

9=Bilinmiyor

Hastanın gereksinme duyduğu
hizmetlere ilişkin görüşü

Bakım verenin gereksinme duyduğu
hizmetlere ilişkin görüşü

S.5. HASTANIN GENEL DURUMU VE TEDAVİSİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ

	Hastanın Değerlendirilmesi	Bakım Veren Değerlendirilmesi
Hastanın tedavisiyle ilgili sözel veya yazılı bilgi verilmiş mi?	CAN0501 []	CAN0502 []

(İlaçlarınız ya da diğer tedavilerinizle ilgili tam bir bilgi almada herhangi bir güçlüğü nüz oldu mu? Böyle bir bilgi size nasıl yardımcı olabilir?

(0=Hayır 1=Evet 9-Bilinmiyor)

HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 6. SORUYA GEÇİN

Arkadaşlarınızdan ya da akrabalarınızdan böyle bir bilgi aldınız mı?	CAN0503 []	CAN0504 []
--	----------------	----------------

0=Hayır

1=Düşük düzeyde yardım

2=Orta düzeyde yardım

3=İleri düzeyde yardım

Ör:Arkadaş ya da akrabalarından bazı bilgi ve öneriler alıyor.

Ör:Arkadaşları ya da akrabaları tarafından kendi kendine yardım ile ilgili broşürler veriliyor ya da böyle yardım veren gruplarla ilişki kurması sağlanıyor

Ör:Arkadaşları ya da akrabaları tarafından düzenli olarak doktorlarla ilişki kurması sağlanıyor

Yerel hizmetlerden böyle bir bilgi aldınız mı?

CAN0505
[]

CAN0506
[]

Bu sorunlar için yerel hizmetlerin herhangi bir yardımına gereksinme duyuyor musunuz?

CAN0507
[]

CAN0508
[]

0=Hayır

1=Düşük düzeyde

2=Orta düzeyde

3=İleri düzeyde

Ör: Hastalık/sorunla ilgili kısa sözel bilgi verilebilse

Ör: Kendi kendine yardım grupları hakkında ayrıntılı bilgi verilebilse.İlaçlar ve diğer tedavi seçenekleri ile ilgili yeterli bilgi alabilse.

Ör:Sorunlar/hastalıkla ilgili ayrıntılı yazılı bilgi ya da bireysel eğitim alabilse.

Sizce bu sorun için doğru/uygun yardımı alıyor musunuz?

CAN0509
[]

CAN0510
[]

(0=Hayır 1=Evet 9-Bilinmiyor)

Genelde, bu sorunlar için aldığınız yardımdan

Memnun musunuz?

CAN0511

(0=Memnun değil

1=Memnun

9-Bilinmiyor)

[]

Hastanın gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü

Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü

S.6.REÇETE EDİLMEYEN İLAÇLAR

	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım Veren Değerlendirmesi
Hastanın ilaç kötüye kullanımıyla ilgili sorunları var mı?	CAN0601 []	CAN0602 []

(İlaç kullanımınızla ilgili herhangi bir sorunuz olduğunu hissediyor musunuz?)
(Reçeteli, reçetesiz ya da yasaklanan ilaçlara bağımlılığı değerlendirin)

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 7.SORUYA GEÇİNİZ.

Arkadaşlar ya da yakınlarınızdan yardım alıyor musunuz?	CAN0603 []	CAN0604 []
---	----------------	----------------

0=Hayır

1=Düşük düzeyde yardım

2=Orta düzeyde yardım

3=İleri düzeyde yardım

Ör:Ara sıra destek ya da öneri alıyor.

Ör: Düzenli olarak öneri alıyor, yardım kuruluşları ile ilişki kurması sağlanıyor.

Ör:Denetleniyor, diğer kuruluşlar ile irtibatı sağlanıyor.

Bu sorunlar için yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?

CAN0605
[]

CAN0606
[]

Bu sorunlar için yerel hizmetlerin herhangi bir yardımına gereksinme duyuyor musunuz?

CAN0607
[]

CAN0608
[]

0=Hayır

1=Düşük düzeyde

2=Orta düzeyde

3=İleri düzeyde

Ör:Sağlık ocağı hekiminden öneri alabilse

Ör:İlaç bağımlılığı kliniğinden yardım alabilse.

Ör:Denetimli bırakma programı,yatarak bakım sağlanabilse.

Sizce, bu sorun için doğru/uygun yardımı alıyor musunuz?

CAN0609
[]

CAN0610
[]

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

Genelde, bu sorun için aldığınız yardımdan memnun musunuz?

CAN0611
[]

(0=Memnun değil

1=Memnun

9=Bilinmiyor)

Hastanın gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü

Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü

S.7. YİYECEK VE ÖĞÜNLER

	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım Veren'in Değerlendirmesi
Hastanın yeterli yemek temininde güçlüğü var mı?	CAN0701 []	CAN0702 []

{0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor

HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 8. SORUYA GEÇİN
Arkadaşlarınızdan ya da yakınlarınızdan yardım
alıyor musunuz?

	CAN0703 []	CAN0704 []
0=Hayır		
1=Düşük düzeyde yardım	Ör:Haftalık ya da daha az olmak üzere yemek veriliyor.	
2=Orta düzeyde yardım	Ör:Haftalık olarak alış verişine yardım ediliyor ya da yemekler,haftada birden daha sık veriliyor ancak günlük olarak verilmiyor.	
3=İleri düzeyde yardım	Ör:Günlük yemek veriliyor.	

Ücretli personelden yardım alıyor musunuz?	CAN0705	CAN0706
---	---------	---------

Ücretli personelden yardım almamanıza karşın bu yardıma gereksinme duyuyor musunuz?	CAN0707 []	CAN0708 []
---	----------------	----------------

0=Hayır	
1=Düşük düzeyde	Ör:Haftada,bir öğünde
2=Orta düzeyde	Ör:Günde,bir öğünde
3=İleri düzeyde	Ör:Bütün öğünlerde

Sizce,bu sorun için doğru/uygun yardımı alıyor musunuz?	CAN0709 []	CAN0710 []
--	----------------	----------------

{0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor}

Bütünüyle, bu problem için aldığınız yardımdan memnun musunuz?	CAN0711 []
{0=Memnun değil 1=Memnun 9=Bilinmiyor}	

Hastanın gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü
--	---

S.8. EV İŞLERİ İLE İLGİLİ BECERİLER

	Hastanın değerlendirmesi	Bakım verenin değerlendirmesi
Hastanın, evine bakma gücüğü var mı?	CAN0801 []	CAN0802 []

(Ev kirliyse ve sağlığı olumsuz etkileyecek bir risk
varsa değerlendirin, sadece dağınıksa işaretlemeyin)

(0=Hayır 1=Evet 9= Bilinmiyor)

HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 9.SORUYA GEÇİN

Arkadaşlarınızdan ya da yakınlarınızdan ev temizliği için yardım alıyormusunuz?	CAN0803 []	CAN0804 []
--	----------------	----------------

0=Hayır

1=Düşük düzeyde yardım

Ör: Ara sıra temizliğe ya da toplatlamaya
yardım ediliyor.

2=Orta düzeyde yardım

Ör: Haftada en az bir kez temizliğe
yardım ediliyor.

3=İleri düzeyde yardım

Ör: Evin ihtiyaçları haftada bir gideriliyor.

Yerel hizmetlerden ev temizliği için
yardım alıyor musunuz?

CAN0805
[]

CAN0806
[]

Yerel hizmetlerden sağlayamadığınız
bu yardıma gereksinme duyuyor musunuz?

CAN0807
[]

CAN0808
[]

0=Hayır

1=Düşük düzeyde

Ör: Personel tarafından teşvik edilse

2=Orta düzeyde

Ör: Ev işlerinde personelden bir miktar
yardım alabilse

3=İleri düzeyde

Ör: Ev işlerinin çoğunluğu personel
tarafından yapılabilse

Sizce bu sorun için doğru/uygun yardım
alıyor musunuz?

CAN0809
[]

CAN0810
[]

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

Genelde, bu sorun için aldığımız
yardımdan memnun musunuz?

CAN0811
[]

(0=Memnun değil

1=Memnun

9=Bilinmiyor)

Hastanın gereksinme duyduğu
hizmetlere ilişkin görüşü

Bakım verenin gereksinme
duyduğu hizmetlere ilişkin
görüşü

S.9.ÖZBAKIM VE GÖRÜNÜM

	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım Verenin Değerlendirmesi
Hastanın özbakımı ve görünümü ile ilgili bir sorunu var mı?	CAN0901 []	CAN0902 []
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
(Hastanın giyiminin moda ya uygun olup olmamasını ya da uyumsuz renk ve aksesuarları göz önünde bulundurmayın)		
HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 10.SORUYA GEÇİN		
Bakımınız için akrabalarınız ya da arkadaşlarınızdan yardım alıyor musunuz?	CAN903 []	CAN904 []
0=Hayır 1=Düşük düzeyde yardım 2=Orta düzeyde yardım 3=İleri düzeyde yardım	Ör:Giysilerini değiştirmek için ara sıra sözel uyarı alıyor. Ör:Baño hazırlanıyor ve hasta tarafından kullanılması için ısrar ediyor Ör:Bakımı bir çok yönüyle günlük olarak denetleniyor	
Bakımınız için yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?	CAN0905 []	CAN0906 []
Yerel hizmetlerden sağlayamadığınız yardıma gereksinime duyuyor musunuz?	CAN0907 []	CAN0908 []
0=Hayır 1=Düşük düzeyde 2=Orta düzeyde 3=İleri düzeyde	Ör:Ara sıra teşvik edilse Ör:Yıkama haftalık olarak denetlene bilse Ör:Bakım çok yönlü olarak denetlene bilse	
Sizce bu sorun için doğru/uygun yardımı alıyor musunuz?	CAN0909 []	CAN0910 []
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
Genelde, bu sorun için aldığınız yardımdan memnun musunuz?	CAN0911 []	
(0=Memnun değil 1=memnun 9=Bilinmiyor)		
Hastanın gereksinime duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	Bakım verenin gereksinime duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	

S.10. ÖZGÜVENLİK

	Hastanın Değerlendirilmesi	Bakım verenin Değerlendirilmesi
Hasta kendisi için tehlike oluşturuyor mu?	CAN1001 []	CAN1002 []
(Hiç kendinize zarar verme düşüncemiz oldu mu ya da kendinize zarar verdiniz mi?) (Tehlike terimi intihar/kendine zarar verme düşünce ve davranışı yanısıra kendini ihmal etmede içermektedir)		
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyo)		
HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 11.SORUYA GEÇİN		
Kendinize zarar verme riskini azaltmak için arkadaşlar ya da yakınlarınızdan yardım alıyor musunuz?	CAN1003 []	CAN1004 []
0=Hayır 1=Düşük düzeyde yardım 2=Orta düzeyde yardım 3=İleri düzeyde yardım	Ör:Kendini güvensiz hissettiğinde akrabaları ya da arkadaşlarıyla temas kurabiliyor. Ör:Akraba ya da arkadaşlar hastayla ilişki içinde ve hasta kendini güvenli hissettiğinde de bu durumdan haberleri oluyor. Ör:Akraba ya da arkadaşlar düzenli olarak hastayla ilişki kuruyorlar ve kendini güvensiz hissettiğinde bunu büyük olasılıkla biliyor ve yardım ediyorlar.	
Kendinize zarar verme riskini azaltmak için yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?	CAN1005 []	CAN1006 []
Kendinize zarar verme riskini azaltmak için yerel hizmetlerin yardımına gereksinme duyuyor musunuz?	CAN1007 []	CAN1008 []
0=Hayır 1=Düşük düzeyde 2=Orta düzeyde 3=İleri düzeyde	Ör: Güvensiz hissettiğinde biriyle bağlantı kurabilse. Ör:En azından haftada bir kez personel tarafından kontrol edilebilse. Ör:Günlük olarak denetlenebilse.	
Sizce, bu sorun için doğru/uygun yardımı alıyor musunuz?	CAN1009 []	CAN1010 []
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyo) Genelde, bu sorun için aldığınız yardımdan memnun musunuz? (0=Memnun değil 1=Memnun 9=Bilinmiyor)	CAN1011 []	
Hastanın gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	

S.11. DİĞERLERİNİN GÜVENLİĞİ

	Kullanıcının değerlendirilmesi	Bakım verenin değerlendirilmesi
Danışan diğer insanların güvenliği açısından mevcut ya da potansiyel bir risk taşıyor mu?	CAN1101 []	CAN1002 []

(Diğer insanların güvenliği açısından bir tehlike oluşturduğunuz ya da oluşturma bileceğinizi düşünüyor musunuz?)

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 12.SORUYA GEÇİN

Başkasına zarar verme riskini azaltmak için aile ya da arkadaşlarınızdan yardım alıyor musunuz?	CAN1103 []	CAN1104 []
---	----------------	----------------

0=Hayır

1=Düşük düzeyde yardım

Ör:Haftada birden az olarak tehdit edici davranışlar için yardım alıyor.

2=Orta düzeyde yardım

Ör:Haftada birden fazla tehdit edici davranışlar için yardım alıyor.

3=Yüksek düzeyde yardım

Ör:Tehdit edici davranışlar için sürekli yardım alıyor.

Başkalarına zarar verme riskini azaltmak için yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?

CAN1105
[]

CAN1106
[]

Başkalarına zarar verme riskini azaltmak için yerel hizmetlerin yardımına gereksinme duyuyor musunuz?

CAN1107
[]

CAN1108
[]

0=Hayır

1=Düşük düzeyde

Ör:Davranışları haftada bir yada daha az kontrol edilebilse

2=Orta düzeyde

Ör:Günlük olarak denetlenebilse

3=İleri düzeyde

Ör:Sürekli denetlenebilse

Sizce bu sorun için doğru/uygun yardım alıyor musunuz?

(0=Hayır

1=Evet

9=Bilinmiyor

Genelde, bu sorun için aldığınız yardımdan memnun musunuz?

CAN1111
[]

(0=Memnun değil

1=Memnun

9=Bilinmiyor)

Hastanın gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü

Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü

Q.12. PARA

Hastanın Değerlendirmesi Bakım verenin Değerlendirmesi

Hastanın parasını bütçeleme ile ilgili ciddi sorunları var mı?

CAN1201
[]

CAN1202
[]

(Kira ya da evle ilgili faturaları düzenli ödeyemiyorsa ya da yiyecek gibi gerekli maddeleri satın almak için yeterli parası yoksa,değerlendirin)

(Paranızı bütçelemeyle ilgili zorluğunuz var mı?)

HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 13.SORUYA GEÇİN

Paranızın yönetimi konusunda arkadaşlarınız ya da ailenizden yardım alıyor musunuz? CAN1203 CAN1204
[] []

0=Hayır

1=Düşük düzeyde yardım

Ör:Faturaların düzenlenmesi konusunda arasıra yardım alıyor.

2=Orta düzeyde yardım

Ör:Bütçe hesaplaması için haftalık yardım alıyor.

3=İleri düzeyde yardım

Ör:Mahkeme kararı ile resmi düzenleme ve koruma yapılmış.

Paranızın yönetimi için yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?

CAN1205
[]

CAN1206
[]

Paranızın yönetimi için yerel hizmetlerin yardımına gereksinme duyuyor musunuz?

CAN1207
[]

CAN1208
[]

0=Hayır

1=Düşük düzeyde

Ör:Bütçe yapmak için ara sıra yardım alabilse.

2=Orta düzeyde

Ör:Kira ödemeleri konusunda yardım alabilse.

3=İleri düzeyde

Ör:Günlük olarak harçlık verilebilse

Sizce bu sorun için doğru/uygun yardımı alıyor musunuz?

CAN1209
[]

CAN1210
[]

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

Genelde,bu sorun için aldığınız yardımdan memnun musunuz?

CAN1211
[]

(0=Memnun değil

1=Memnun

9=Bilinmiyor)

Hastanın gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü

Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü.

Q.13. ÇOCUK BAKIMI

	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım verenin Değerlendirmesi
Hastanın çocuklarına bakım verme güçlüğü var mı?	CAN1301 []	CAN1302 []

(Çocuklara bakım verme güçlüğüünüz var mı?)

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 14.SORUYA GEÇİN

0=Hayır

1=Düşük düzeyde yardım

Ör:Haftada bir kereden fazla olmayacak
şekilde,ara sıra bebek bakımı

2=Orta düzeyde yardım

Ör:Birçok gün yardım alıyor

3=İleri düzeyde yardım

Ör:Hastanın çocukları arkadaşları ya da
yakınları ile yaşıyor

Çocuklarınızın bakımı için yerel
hizmetlerden yardım alıyor musunuz?

CAN1305
[]

CAN1306
[]

Çocuklarınızın bakımı için ücretli personelden
sağlayamadığınız yardıma gereksinme duyuyor
musunuz?

CAN1307
[]

CAN1308
[]

0=Hayır

1=Düşük düzeyde

Ör:Gündüz bakımı

2=Orta düzeyde

Ör:Ebeveynlik becerileri konusunda
yardım

3=İleri düzeyde

Ör:Çocuklar bakım evinde ya da evlatlık
olarak verilecek

Sizce bu sorun için doğru/uygun yardımı
alıyor musunuz?

CAN1309
[]

CAN1310
[]

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

Genelde,bu sorun için aldığınız
yardımdan memnun musunuz?

CAN1311
[]

(0=Memnun değil

1=Memnun

9=Bilinmiyor)

Hastanın gereksinme duyduğu
hizmetlere ilişkin görüşü

Bakım verenin gereksinme duyduğu
hizmetlere ilişkin görüşü

Q.14.BEDENSEL SAĞLIK

	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım verenin Değerlendirmesi
Hastada herhangi bir bedensel hastalık ya da yeti yıkımı var mı?	CAN1401 []	CAN1402 []

(Kendinizi fiziksel olarak iyi hissediyor musunuz?)

(Bedensel bir hastalığınız ya da sorunuz var mı?)

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 15.SORUYA GEÇİN

Bu sorun için arkadaşlarınızdan ya da yakınlarınızdan yardım alıyor musunuz?	CAN1403 []	CAN1404 []
---	----------------	----------------

0=Hayır

1=Düşük düzeyde yardım

2=Orta düzeyde yardım

3=İleri düzeyde yardım

Ör:Doktora gitme konusunda teşvik ediliyor

Ör:Doktora giderken eşlik ediliyor

Ör:Tuvalete gitme ,yeme ve hareket etme
gibi konularda günlük olarak yardım
alıyor.

Bu sorun için yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?	CAN1405 []	CAN1406 []
--	----------------	----------------

Bu sorun için yerel hizmetlerin yardımına gereksinme duyuyor musunuz?	CAN1407 []	CAN1408 []
--	----------------	----------------

0=Hayır

1=Düşük düzeyde

2=Orta düzeyde

3=İleri düzeyde

Ör:Diyet ya da aile planlaması konularında
öneriler verilebilse.

Ör:İlaçları reçete ediyor.Doktorunu ve
hemşiresini düzenli olarak ziyaret
edebilse.

Ör:Sık sık hastane randevuları sağlanabil-
se. Evinde değişiklikler yapılabilse.

Sizce bu sorun için doğru/uygun yardımı alıyor musunuz?	CAN1409 []	CAN1410 []
--	----------------	----------------

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

Genelde,bu sorun için aldığınız yardımdan memnun musunuz?	CAN1411 []
--	----------------

(0=Memnun değil 1=Memnun 9=Bilinmiyor)

Hastanın gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü
--	---

Q.15. ALKOL

	Hastanın Değerlendirilmesi	Bakım verenin Değerlendirilmesi
Hasta aşırı derecede alkol kullanıyormu ya da alkol tüketimini kontrol etmek te sorunu var mı?	CAN1501 []	CAN1502 []

(Alkol kullanımıyla ilgili sorunuz var mı?)

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR [SE 16. SORUYA GEÇİN

Arkadaşlarınız ya da akrabalarınızdan
yardım alıyor musunuz?

0=Hayır	Ör: Bırakması söyleniyor.
1=Düzye de yardım	Ör: Hastanın yardım alabileceği yerlerle ilgili önerilerde bulunuluyor.
2=Orta düzeyde yardım	Ör: Alkol konusunda günlük olarak denetleniyor.
3=İleri düzeyde yardım	

Yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?	CAN1505 []	CAN1506 []
---	----------------	----------------

Yerel hizmetlerden sağlayamadığınız bu yardıma gereksinme duyuyor musunuz?	CAN1507 []	CAN1508 []
---	----------------	----------------

0=Hayır	Ör: Riskler anlatılsa.
1=Düşük düzeyde	Ör: Yardım kuruluşlarıyla ilgili ayrıntılı bilgi verilebilse.
2=Orta düzeyde	Ör: Alkol bağımlılığı tedavi merkezine gidebilse ve denetimli alkol bırak ma programına katılabilse.
3=İleri düzeyde	

Sizce, bu sorun için doğru/uygun yardımı alıyor musunuz?	CAN1509 []	CAN1510 []
---	----------------	----------------

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

Genelde, bu sorun için aldığınız yardımdan memnun musunuz?	CAN1511 []
---	----------------

(0=Memnun değil 1=Memnun 9=Bilinmiyor)

Hastanın gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü
--	--

Q.16. TEMEL EĞİTİM

	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım verenin Değerlendirmesi
Hasta temel becerilerden yoksun mu? (Basit formları okuma,yazma ya da anlamada güçlüğüünüz var mı?)	CAN1601 []	CAN1602 []
(Bir dükkanda paranızı üzerini sayabiliyor musunuz?)		
(Bir formu okuyamıyor ya da parasının üzerini sayamıyorsa işaretleyin.)		
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 17.SORUYA GEÇİN		
Arkadaşlarınızdan ya da yakınlarınızdan bu tür bir eğitim yardımı alıyor musunuz?	CAN1603 []	CAN1604 []
0=Hayır	Ör:Arasıra form okuyup yazmak için yardım.	
1=Düşük düzeyde yardım	Ör:Okuma-yazma sınıflarıyla ilişki kurması sağlanıyor.	
2=Orta düzeyde yardım	Ör:Kişiye okuma öğretiliyor.	
3=İleri düzeyde yardım		
Bu tür eğitimler için yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?	CAN1605 []	CAN1606 []
Bu tür eğitimler için yerel hizmetlerin Yardımına gereksinme duyuyor musunuz?	CAN1607 []	CAN1608 []
0=Hayır	Ör:Formları doldurmak için yardım alabilse.	
1=Düşük düzeyde	Ör:Okuma yazma sınıflarıyla ilgili öneriler ve teklifler alabilse.	
2=Orta düzeyde	Ör:Yetişkin eğitimine devam edebilse.	
3=İleri düzeyde		
Sizce bu sorun için doğru/uygun yardımı alıyor musunuz?		
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
Genelde,bu sorun için aldığınız yardımdan memnun musunuz?	CAN1611 []	
(0=Memnun değil 1=Memnun 9=Bilinmiyor)		
Hastanın gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	

Q.17. İLİŞKİLER

	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım verenin Değerlendirmesi
Hastanın sosyal çevre açısından desteğe gereksinmesi var mı?	CAN1701 []	CAN1702 []
(Sık sık yalnız kalıyor ve kendinizi izole edilmiş hissediyor musunuz?)		
(Sık sık başkalarıyla daha fazla ilişki kurmayı istediğiniz olur mu?)		
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 18. SORUYA GEÇİN		
Arkadaşlarınızdan ya da akrabalarınızdan bu konuda destek alıyor musunuz?	CAN1703 []	CAN1704 []
0=Hayır		
1=Düşük düzeyde yardım	Ör:Haftada birden az sayıda sosyal bir ortam oluşturmak yönünde destek destek veriliyor.	
2=Orta düzeyde yardım	Ör:Haftalık ya da daha sık destek veriliyor.	
3=İleri düzeyde yardım	Ör:Haftada en az 4 kez destek veriliyor.	
Yerel hizmetlerde çalışan personelden destek alıyor musunuz?	CAN1705 []	CAN1706 []
Yerel hizmetlerde çalışan personel ile daha fazla ilişki kurma ihtiyacı duyuyor musunuz?		
	CAN1707 []	CAN1708 []
0=Hayır		
1=Düşük düzeyde	Ör:Sosyal kulüplerle ilgili tavsiye verilebilse.	
2=Orta düzeyde	Ör:Haftada bir gündüz hastanesine gidebilse.	
3=Yüksek düzeyde	Ör:Her gün gündüz hastanelerine gidebilse.	
Sizce bu sorun için doğru/uygun yardımı alıyor musunuz?	CAN1709 []	CAN1710 []
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
Genelde, bu sorun için aldığınız yardımdan memnun musunuz?	CAN1711 []	
(0=Memnun değil 1=Memnun 9=Bilinmiyor)		
Hastanın gereksinime duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	Bakım verenin gereksinime duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	

Q.18.TELEFON

	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım verenin Değerlendirmesi
Hastanın telefon bulabilme ya da açabilme gücüğü var mı?	CAN1801 []	CAN1802 []
(Kartlı/jetonlu telefonların nasıl kullanıldığını biliyor musunuz ve kolaylıkla bulabiliyor musunuz?)		
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 19.SORUYA GEÇİN		
Telefon konuşması yapmak için yakınlarınızdan Ya da arkadaşlarınızdan yardım alıyor musunuz?	CAN1803 []	CAN1804 []
0=Hayır	Ör:Telefon görüşmelerinin yapılmasına yardım ediliyor ancak ayda birden daha az ya da sadece acil durumlarda.	
1=Düşük düzeyde yardım	Ör:Ayda bir ile günlük arasında değişiyor.	
2=Orta düzeyde yardım	Ör:En azından günlük	
3=İleri düzeyde yardım		
Telefon konuşması yapmak için yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?	CAN1805 []	CAN1806 []
Bir telefon bulabilmek için yerel hizmetlerin yardımına ihtiyaç duyuyor musunuz?	CAN1807 []	CAN1808 []
0=Hayır	Ör:Halkın kullandığı telefonların yeri gösterilse.	
1=Düşük düzeyde	Ör:Telefon kartları verilse.	
2=Orta düzeyde	Ör:Evine telefon bağlansa.	
3=İleri düzeyde		
Sizce bu sorun için doğru/uygun yardım alıyor musunuz?	CAN1809 []	CAN1810 []
Genelde,bu sorun için aldığınız yardımdan memnun musunuz?	CAN1811 []	
(0=Memnun değil 1=Memnun 9=Bilinmiyor)		
Hastanın gereksinime duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	Bakım verenin gereksinime duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	

Q.19. TOPLU TAŞIM ARAÇLARI

	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım verenin Değerlendirmesi
Hasta toplu taşıma araçlarını kullanmakta sorun yaşıyor mu?	CAN1901 []	CAN1902 []
(Otobüs,metro ya da tren kullanmada herhangi bir güçlüğüňüz var mı?) (Hastanın halk taşıtlarını kullanmada güçlüğü varsa ya da yolculuk için başkalarının yardımına gereksinme duyuyorsa işaretleyin.		
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
HASTA VE BAKIM VERENİN CEVABI HAYIR İSE 20.SORUYA GEÇİN		
Yolculuk için aileniz ya da arkadaşlarınızdan yardım alıyor musunuz?	CAN1903 []	CAN1904 []
0=Hayır 1=Düşük düzeyde yardım 2=Orta düzeyde yardım 3=İleri düzeyde yardım		
Ör:Yolculuk için teşvik ediyor. Ör:Toplu taşıma araçlarıyla sık sık birlikte yolculuk yapılıyor. Ör:Tüm randevularına ulaşımı sağlanıyor.		
Yolculuk için yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?	CAN1905 []	CAN1906 []
Bu sorun için,yerel hizmetlerden sağlayamadığınız bu yardıma gereksinme duyuyor musunuz?		
CAN1907 []		
CAN1908 []		
0=Hayır 1=Düşük düzeyde 2=Orta düzeyde 3=İleri düzeyde		
Ör:Otobüs bileti verilse. Ör:Taksi kartı verilse. Ör:Randevularına ulaşımı ambulansla sağlansa.		
Sizce,bu sorun için doğru/uygun yardımı alıyor musunuz?	CAN1909 []	CAN1910 []
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
Genelde,bu sorun için aldığınız yardımdan memnun musunuz?		
CAN1911 []		
(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)		
Hastanın gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	

Q.20. GÜVENÇELER

	Hastanın Değerlendirmesi	Bakım verenin Değerlendirmesi
Hasta hak kazandığı hizmetlerden yararlanabiliyor mu?	CAN2001 []	CAN2002 []

(Size bağlanılan tüm parayı aldığınızdan emin misiniz?)

(Danışanın tüm haklarından yararlanması ile ilgili herhangi bir şüphesi varsa değerlendirin)

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

HASTA YADA BAKIM VERENİN CEVAPLARINDAN BİRİ EVET İSE:

Tüm haklarınızdan yararlanmak için arkadaşlarınız ya da yakınlarınızdan yardım alıyor musunuz?	CAN2003 []	CAN2004 []
--	----------------	----------------

0=Hayır

1=Düşük düzeyde yardım

2=Orta düzeyde yardım

3=İleri düzeyde yardım

Ör:Ara sıra para alıp almadığı soruluyor.

Ör:Formları doldurmada yardım alıyor.

Ör:Tüm haklarından faydalanması konu-
sunda girişimlerde bulunuluyor.

Tüm haklarınızdan faydalanmak için yerel hizmetlerden yardım alıyor musunuz?	CAN2005 []	CAN2006 []
--	----------------	----------------

Kullanmadığınız tüm haklarınızdan yararlanmak için yerel servislerin yardımına gereksinme duyuyor musunuz?

CAN2007
[]

CAN2008
[]

0=Hayır

1=Düşük düzeyde

2=Orta düzeyde

3=İleri düzeyde

Ör:Ara sıra öneri alabilse

Ör:İlave yardımlara başvurmak için yardım alabilse.

Ör:Halihazırda verilen yardımın detaylı değerlendirmesi yapılabilsen.

Sizce bu sorun için doğru/uygun yardım alıyor musunuz?	CAN2009 []	CAN2010 []
--	----------------	----------------

(0=Hayır 1=Evet 9=Bilinmiyor)

Genelde, bu sorun için aldığınız yardımdan memnun musunuz?

CAN2011
[]

(0=Memnun değil 1=Memnun 9=Bilinmiyor)

Hastanın gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü	Bakım verenin gereksinme duyduğu hizmetlere ilişkin görüşü
---	--

EK-9 HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ

ARAŞTIRMANIN ADI : “Şizofreni Hastalarında İhtiyaç Analizi.”

CALIŞMANIN AÇIK ADI: “Şizofreni Hastalarında İhtiyaç Analizi.”

Gönüllünün Baş Harfleri << >>

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. **Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.**

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?:

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalanmanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir.

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Toplum ruh sağlığı modeli oluşumu için, anahtar rol oynamakta olan ihtiyaç analizleri her ülkenin ihtiyaçlarının belirlenebilmesi ve bu ihtiyaçlara göre hizmetin sunulabilmesine,dolayısı ile etkinliğin artırılmasına imkan tanımaktadır. Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ihtiyaçlarının belirlenmesi elbette ki karmaşık ve bir çok değişken içeren bir tanımdır.İhtiyaç;hasta bireyin yeterli yaşam kalitesine ve sosyal bağımsızlık anlamında kabul edilebilir seviyede bir başarı sağlayabilmesi ve bu düzeyi sürdürebilmesi olarak tanımlanmıştır.

Uygulanması Planlanan bu çalışma ile amaç;ülkemizdeki şizofreni hastalarına yönelik bir ihtiyaç analizi uygulamak,bunun ile birlikte ülkemizdeki şizofreni hastalarının hem kendi ailelerinin hem de yerel yönetimlerin hastaların ana ihtiyaç alanları konusunda verdikleri yardımların yeterliliğini sorgulamaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Hastalara uygulanacak olan ölçeklerle ilgili bilgi verilecek ; daha sonra yaklaşık iki saatlik zaman diliminde ölçekler uygulanacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmanın olası bir yan etkisi ya da riski bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılanlar çalışma sonunda istedikleri takdirde durumlarıyla ilgili bilgilendirileceklerdir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Çalışmaya katılmanın herhangi bir maliyeti yoktur.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu çalışmada yer aldığınız süre içindeki kayıtların yanı sıra, ilişkili sağlık kayıtlarınız her zaman kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız, kurumun etik komitesine açık olacaktır.

Bu olur formunu imzalayarak mevcut çalışmaya ait bu erişim hakkını ve yapılabilecek diğer araştırmaları kabul etmiş olursunuz. Bununla birlikte hassas sayılabilecek kişisel bilgileriniz yalnızca bu çalışmayla bağlantılı araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir.

Çalışma verileri dünyanın her yanına gönderilecek, ancak adınız hiçbir raporda veya yayımda geçmeyecek ve kimliğiniz açıklanmayacak ya da bu verilerin geriye doğru izlenmesiyle kimliğinize ulaşmak mümkün olmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER

Prof. Dr. Ayşen Esen Danacı (Öğretim Üyesi): 05322817518

Dr. Burak Uykur (Araştırma görevlisi):05446482594

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla (araştırmacıyla) ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum (araştırmacı) saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü / Hastanın adresi:

Gönüllü / Hastanın telefonu:

Gönüllü / Hastanın Adı Soyadı:

İmzası

Tarih

Veli / Vasinin Adı Soyadı:

İmzası

Tarih

Veli / Vasinin adresi ve telefonu:

Rıza alım işlemine başından

Sonuna kadar tanıklık eden

Adı Soyadı

Görevi

İmzası

Tarih

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı Soyadı

İmzası

Tarih