



## Orjinal Makale

# Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri

Sultan Taş, Kadriye Buldukoğlu

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya

### Özet

**Amaç:** Çalışma, şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Nisan 2013-Nisan 2014 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi gören ve taburcu edilen, taburculuk sonrası ilk iki hafta içinde olan 31 şizofreni hastası çalışmaya alınmıştır. Verilerin toplanmasında Öz-bakım Gücü Ölçeği ve Bakım Gereksinimleri Belirleme Formu kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmada tüm bireylerin öz-bakım gücü genel puan ortalaması  $99.32 \pm 21.86$ 'dır. Bekâr olan, çocuk sahibi olmayan, çocuklular arasında tek çocuğa sahip olan, ailesinde ruhsal hastalığa sahip başka biri bulunanların öz-bakım gücü puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur. Bireylerin taburculuk sonrası erken dönemde benlik kavramı, baş etme, tedavi ve bakım, bilgi gereksinimi, rol ve ilişkiler, uyku, kendine bakım, güvenli çevre ve manevi boyutlarda önemli gereksinimleri olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç:** Bu çalışma taburculuğun erken dönemindeki şizofreni hastalarının öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri konusunda anlamlı veriler sağlamıştır. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlaması yaparken bu verilerden faydalanabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Gereksinimler; öz-bakım; psikiyatri hemşireliği; şizofreni; taburculuk.

Kronik ruhsal bozukluklarda yatarak tedavi olma süresi giderek kısalmıştır. Bu durum birçok hasta için dirençli belirtilerin değişmeden kalması, bozukluğun yeniden alevlenmesi ve yineleyen yatışlar gibi istenmeyen durumlara yol açmaktadır.<sup>[1,2]</sup> Kronik ruhsal bozukluklar içinde en fazla yineleyen yatışları olan grup şizofreni hastalarıdır.<sup>[3]</sup> Yineleyici yatışları olan şizofreni hastalarında öne çıkan bulgu "temel gereksinimleri karşılamada yetersizlik"tir.<sup>[4]</sup> Şizofreni hastalarının, bedensel hastalığı olan bireylerle karşılaştırıldığında, öz-bakım ve sağlığı geliştirme aktivitelerini uygulama oranlarının düşük olduğu bilinmektedir.<sup>[5,6]</sup> Şizofreni hastaları için taburcu olma ölçütleri kendi öz-bakımını sürdürme, güvenli bir çevrenin varlığı, toplumda karşılaşılabileceği stresörlerle baş etme yollarını bilme ve uygulamadır.<sup>[7]</sup> Bu bilgiler ışığında şizofreni hastalarının taburculuktan sonra öz-bakımlarını sürdürmeye ne kadar hazır oldukları sorusu önem kazanmaktadır. Ruh sağlığı ekibinin

önemli bir üyesi olarak psikiyatri hemşireleri de bu soruya yanıt aramalıdır.

Günümüz ruh sağlığı anlayışı 'bireye göre iyi oluşa' odaklanarak bireylerin buldukları toplumda anlamlı bir yaşam sürmelerine yardım etmeyi hedefler. Hastaneden topluma geçişte etkin bir bakım sunabilmek de başta hemşirelik kuramları olmak üzere mesleksi bakım standartları, hemşirelik etik kodları ve evrensel insan haklarını temel alan derin bir anlayış gerektirir.<sup>[8]</sup> Orem'e göre bireyler öğrenme ve gelişme potansiyeline sahiptir ve öz-bakım öğrenilebilir. Öz-bakım etkili şekilde yerine getirildiğinde bireyin bütünlüğü ve gelişimini sürdürmesi sağlanır. Bunu sağlayacak hemşirelik bakımı, rehberlik, fiziksel ve ruhsal destek, gelişimi destekleyici çevre sağlama ve öğretim gibi roller üstlenir.<sup>[9]</sup> Hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapacak öz-bakım gücüne sahip olmasını sağlamak aynı zamanda



psikiyatri hemşireliği bakım standartlarından biridir.<sup>[7]</sup> Psikiyatri hemşirelerinin ruh sağlığı ekibi ile iş birliği halinde etkili taburculuk planları yapmaları ve taburculuk sonrası bakım hizmetlerinde daha geniş görevler almaları bakımın hastaneden topluma entegre edilmesi ve sürdürülmesine katkı sağlayacaktır.<sup>[10]</sup> Hastaların taburculuğun erken dönemindeki öz-bakım gücü ve bakım gereksinimlerini belirlemenin etkili taburculuk planı hazırlama ve toplumsal bakım vermede sağlık profesyonellerine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Türk Tıp Dizini, Türk Psikiyatri Dizini, YÖK Tez sayfası ve Google Akademik veri tabanları "öz-bakım" anahtar sözcüğüyle taranmış, çıkan çalışmalar incelenmiştir. Ülkemizde daha çok bedensel hastalığı olan bireylerin öz-bakım gücü ile ilgili çalışmalar bulunmuştur. Ruhsal hastalığı olan bireylerin öz-bakım gücünü değerlendiren iki çalışmaya ulaşılmıştır.<sup>[5,11]</sup> Ruhsal hastalığa sahip bireyler öz-bakım gereksinimlerini tanımlamada zorluk yaşayabileceklerinden belli zamanlarda yapılacak tanılama ve eğitim programlarıyla öz-bakım düzeylerinin yükseltilmesi gerekmektedir.<sup>[11]</sup> Bu çalışma yatarak tedavi gördükten sonra taburcu olan şizofreni hastalarının taburculuğun erken döneminde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

### Örnekleme

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde Nisan 2013-Nisan 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, kurum izninin alındığı tarihten itibaren bir yıl içinde yatarak tedavi gören 80 şizofreni hastasından araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan 31 birey araştırma kapsamına alınmıştır. Taburculuk sonrası ilk iki hafta içinde bulunma, 18-65 yaş arasında ve en az okur yazar olma, Antalya Merkez İlçe sınırları içinde yaşıyor olma alınma ölçütleri; zeka geriliği, bunama ya da genel tıbbi duruma bağlı bir psikiyatrik bozukluğun olması ve iletişim sorunu bulunması ise çıkarılma ölçütleri olarak kabul edilmiştir.

### Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri taburculuk sonrası ikinci hafta içinde ev ziyareti yolu ile, yüz yüze görüşülerek araştırmacının kendisi tarafından toplanmıştır. Taburculuk sonrası ilk iki haftalık dönem "erken taburculuk dönemi" olarak adlandırılmakta,<sup>[12]</sup> taburculuk sonrası ikinci hafta bireylerin ev çevresine uyum sağladıkları zaman olarak değerlendirilmektedir.<sup>[13]</sup> Araştırmacı taburcu olmadan 24-48 saatlik süre içinde hastalar ile görüşüp araştırmanın kapsamı ile ilgili bilgi vermiş, katılmaya gönüllü olan hastalarla taburculuk sonrası ikinci hafta içinde görüşmek üzere bir tarih belirlemiştir. Belirlenen tarihte ev ziyareti yapılmıştır. Ziyaretin başlangıcında katılımcılara onam formu okutulup imzalatılmıştır. Verilerin toplanması ortalama 30-40 dakikada tamamlanmıştır.

### Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Ölçek, bireylerin kendi kendisine bakım verme yeteneği,

öz-bakımıyla ilgilenme durumunu ölçmek için kullanılır. Ke- arney ve Fleischer tarafından 43 madde halinde geliştirilen ölçeğin özgün adı The Exercise of Self-Care Agency Scale'dir (ESCA). Nahcivan tarafından sağlıklı gençlerde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmış ve kısaltılarak 35 maddeye indirgenmiştir.<sup>[14]</sup> Ölçeğin değerlendirilmesinde 24-64 puan arası kötü, 65-100 puan arası orta, 101-112 puan arası iyi, 113-140 puan arası çok iyi öz-bakım gücü düzeyi olarak belirlenmiştir.<sup>[15]</sup> Bu çalışmada öz-bakım gücü ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0.913 bulunmuş olup çalışmamız için güvenilir olduğu saptanmıştır.

### Bakım Gereksinimleri Belirleme Formu

Bu form şizofreni hastalarının taburculuk sonrası bakım gereksinimlerini belirlemek için araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır.<sup>[16-18]</sup> Hastayı tanıtıcı bilgilerin yanı sıra hastalık özelliklerini de içeren 18 soru ilk bölümü oluşturmuştur. İkinci bölümde ise gereksinim belirlemeye yönelik 37 açık uçlu soru bulunmaktadır. Gereksinim belirlemek için benlik kavramı, baş etme, bilgi gereksinimi, tedavi ve bakım, kendine bakım, uyku, rol ve ilişkiler, güvenli çevre ve manevi boyut olmak üzere dokuz temel gereksinim alanı belirlenmiş ve alt sorularla bu alanlar değerlendirilmiştir (Tablo 1).

### Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi aşamasında, bakım gereksinimleri formunda yer alan açık uçlu sorulara verilen tüm yanıtlar her bir sorunun altında bireylerin ifadeleri şeklinde sıralı olarak bilgisayarda yazılmıştır. Bireylerin ifadeleri tek tek değerlendirilerek, benzer olanlar bir araya getirilmiş ve gruplandırılmıştır. Yanıtların gruplandırılmasında Psikiyatri Hemşireliği, Halk Sağlığı Hemşireliği ve Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında görevli üç öğretim üyesinden görüş alınmıştır. Daha sonra bu verilerden yüzde ve frekanslar elde edilmiştir. Ölçek verilerinin değerlendirilmesinde ise SPSS 18.0 programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri kullanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini belirlemede Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi yapılmış ve elde edilen bulgular dağılımın normal olduğunu göstermiştir. Bu tip verilerin karşılaştırılmasında, bağımsız iki grup arasındaki farkın t-testi, ikiden fazla grup olması durumunda gruplar arası karşılaştırmalarda Tek yönlü (One way) varyans analiz (ANOVA) testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Duncan çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık ise  $p < 0.05$  ile tanımlanmıştır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07.08.2012 tarih ve B.30.2.AKD.20.05.05 sayılı karar numarası ile izin alınmıştır. Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni araştırmada kul-

**Tablo 1. Bakım gereksinimleri temel ve alt boyutları**

<b>Benlik Kavramı</b>	<b>Tedavi ve Bakım</b>	<b>Rol ve İlişkiler</b>
Kendini tanımlama	İlaç kullanma durumu	Aile içi rollerin hastalıktan etkilenme durumu
Beğendiği yönleri	İlaç kullanırken karşılaştığı sorunlar	Eşle ilişkilerin hastalıktan etkilenme durumu
Beğenmediği yönleri	Bu sorunları çözme şekli	Çocukla ilişkilerin hastalıktan etkilenme durumu
Değiştirmek istediği yönleri	Tıbbi tedavi dışında yöntemler	Akrabalarla ilişkilerin hastalıktan etkilenme durumu
	Tedavi için aile desteği	Arkadaşlarla ilişkilerin hastalıktan etkilenme durumu
	Aile dışında destek kaynakları	Cinsel yaşamın hastalıktan etkilenme durumu
<b>Baş Etme</b>	<b>Kendine Bakım</b>	<b>Güvenli Çevre</b>
Baş etme yöntemi	Günlük bakımını yapabilme durumu	Kendini güvende hissetme
Baş etmede ihtiyaç duyduğu yardım şekli	Günlük bakımını yaparken karşılaştığı sorunlar	Güvende hissetmek için yaptıkları
Baş etmede yardım aldığı kişiler	Bu sorunları çözme şekli	
<b>Bilgi Gereksinimi</b>	<b>Uyku</b>	<b>Manevi Boyut</b>
Hastalığı tanımlama	Uyku alışkanlığında değişim	Sağlığı tanımlama
Hastalıkla ilgili bilmek istedikleri	Değişimin nedenleri	Yaşamdaki önemli kişiler
Taburculuk sonrası için bilmek istedikleri	Uyku durumunu düzenleme şekli	Boş zaman değerlendirme
Bilgi danışmayı düşündüğü kişiler		Manevi inançların hastalıktan etkilenme durumu
		Toplumun ruhsal hastalığa bakışı
		Gelecek planları

lanabilmek için Prof. Dr. Nursen Nahcivan'dan izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nden izin alınmıştır. Araştırma ölçütlerine uyan şizofreni tanısı almış bireylere çalışma hakkında açıklayıcı bilgi verilmiş ve araştırmaya katılımın gönüllü olduğu açıklanarak kendilerinden yazılı onamları alınmıştır.

## Bulgular

### Bireylerin Özellikleri

Çalışmaya şizofreni hastalığı olan 31 birey alınmış olup, yaş ortalamaları  $35.58 \pm 11.57$ 'dir. Bireyler en fazla 25-34 yaş aralığında, çoğunluğu kadın ve bekar. Bir meslek edinmiş olanların oranı düşüktür. Hastalık özelliklerine bakıldığında; bozukluk başlangıç yaşı ortalaması  $23.81 \pm 8.38$ 'dir (Tablo 2).

### Bireylerin Öz-Bakım Gücü Düzeyleri

Araştırma kapsamına alınan bireylerin öz-bakım gücü genel puan ortalaması  $99.32 \pm 21.86$  olup, bu çalışmada bireyler ölçekten en düşük 46, en yüksek 136 puan almıştır (Ölçek puan aralığı 0-140). Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında; bekar olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalaması evli ve boşanmış olanlardan, çocuk sahibi olmayan bireylerin çocuk sahibi olanlardan, tek çocuğu olanların iki ve daha fazla sayıda çocuğu olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 2).

Hastalık özelliklerine göre öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında; ailesinde ruhsal hastalığa sahip birey bulunanların öz-bakım gücü puan ortalaması, ailesinde ruhsal hastalık olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşüktür ( $p < 0.05$ ).

Yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, çalışma durumu, hastalık süresi, başka bir kronik hastalığa sahip olma durumu, hastaneye yatış sayısı, süren ilaç tedavisi gibi değişkenler açısından bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ) (Tablo 2).

### Bireylerin Taburculuk Sonrası Bakım Gereksinimleri

Gereksinimleri belirlemeye yönelik kullanılmış olan açık uçlu soru formundan elde edilen bulgular yüzdelik değerler olarak sunulmuştur (Tablo 3a-c). Bunun yanı sıra, anlatımı güçlendirmek için katılımcıların görüşlerinden doğrudan alıntılara yer verilmiştir.

### Benlik Kavramı

Bireylerin benlik kavramı boyutuna yönelik olarak; kendilerini nasıl tanımladıkları, beğendikleri, beğenmedikleri ve değiştirmek istedikleri yönleri belirlenmiştir. Kendilerini sırasıyla; manevi, sosyal, iletişim, zihinsel ve fiziksel özelliklerine göre tanımladıkları saptanmıştır. En çok beğendikleri yönlerine bakıldığında ise zihinsel özelliklerin en yüksek oranda ifade edildiği, ardından manevi özelliklerin geldiği belirlenmiştir. Bireylerin beğenmedikleri yönü %44.8 oranında kişilik özellikleri olarak bulunmuştur. Bunun dışında "iletişim özellikleri" ve "takıntılı düşünceler" de beğenmedikleri yönleri arasındadır. Bireylerin büyük çoğunluğunun "toplumsal yaşamda aktif olmak, sağlığı geliştirmek ve iyi bir işe sahip olmak" gibi kendisiyle ilgili değiştirmek istediği en az bir yönü bulunmaktadır (Tablo 3a).

### Baş Etme

Baş etme boyutuna yönelik olarak; bireylerin problemleriy-

**Tablo 2. Katılımcıların tanıtıcı ve hastalık özelliklerine göre öz-bakım gücü puan ortalamalarının dağılımı**

	n	%	Öz-bakım gücü (Ort.±SS)	Değerlendirme
<b>Tanıtıcı özellikler</b>				
Yaş (yıl)				
25 yaş altı	7	22.6	81.71±24.17	
25-34 yaş	10	32.3	99.80±14.28	F=2.824
35-44 yaş	7	22.6	112.00±16.31	p=0.058
45 yaş ve üstü	7	22.6	103.57±25.74	
Cinsiyet				
Kadın	18	58.1	101.05±24.38	t=0.513
Erkek	13	41.9	96.92±18.48	p=0.612
Eğitim durumu				
İlkokul veya ortaokul	13	41.9	97.07±22.10	F=0.855
Lise	13	41.9	104.84±21.78	p=0.436
Üniversite ve üstü	5	16.1	90.80±22.09	
Medeni durum				
Evli	8	25.8	111.87±14.58	F=4.499
Bekar	16	51.6	89.12±23.93	p=0.020
Boşanmış	7	22.6	108.28 ±11.33	
Mesleki durum				
Ev hanımı	9	29.0	103.00±15.40	
Emekli	4	12.9	112.50±12.81	F=1.349
İşsiz	12	38.7	89.08±27.84	p=0.279
Serbest meslek	3	9.7	100.33±18.55	
Memur	3	9.7	110.66±11.50	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	5	16.1	110.40±9.91	t=1.249
Çalışmıyor	26	83.9	97.19±22.98	p=0.222
Çocuğu var mı?				
Evet	12	38.7	109.41±13.68	t=-2.165
Hayır	19	61.3	92.94±23.89	p=0.039
Çocuk sayısı				
1 çocuk	7	58.3	102.43±8.69	t=-2.572
2 ve üstü	5	41.6	119.20±14.02	p=0.028
<b>Hastalık özellikleri</b>				
Hastalık süresi				
5 yıl ve altı	9	29.0	98.77±25.73	F=0.234
6-14 yıl	12	38.7	96.58±18.42	p=0.793
15 yıl ve üstü	10	32.3	103.10±23.72	
Başka hastalık varlığı				
Yok	22	71.0	95.05±22.76	t=-1.762
Var	9	29.0	109.78±16.11	p=0.089
Hastaneye yatış sayısı				
Bir kez	8	25.8	97.25±26.54	t= -0.307
İki ve daha fazla	23	74.2	100.04±20.63	p=0.761
Ailede ruhsal hastalık				
Yok	19	61.3	105.84±15.81	t=2.222
Var	12	38.7	89.00±26.54	p=0.034
Şuan kullandığı ilaçlar				
Antipsikotik monoterapi	14	45.2	101.85±26.15	F=2.699
Antipsikotik polifarmasi	12	38.7	104.50±12.13	p=0.085
İlacını söyleyemeyen	5	16.1	79.80±19.43	
Toplam	31	100	99.32±21.86	

Ort.:Ortalama; SS: Standart sapma; t: t-testi; F: One-way Anova.

**Table 3a. Katılımcıların taburculuk sonrası bakım gereksinimleri**

	n	%		n	%
<b>Benlik kavramı</b>			Baş etmede ihtiyaç duyduğu yardım şekli (n=31)		
Kendini tanımlama* (n=31)			Duygusal destek	14	45.2
Manevi özelliklerine göre	13	41.9	Araçsal destek	9	29.0
Sosyal rol ve özelliklerine göre	11	35.5	Tanımlanamayan yardım	8	25.8
İletişim özelliklerine göre	9	29.0	Baş etmede yardım aldığı kişiler* (n=29)		
Zihinsel özelliklerine göre	4	12.9	Eş ve aile	21	72.4
Fiziksel özelliklerine göre	3	9.7	Akraba ve arkadaşlar	6	20.7
Beğendiği yönleri* (n=30)			Sağlık çalışanları	5	17.2
Zihinsel özellikleri	10	33.3	Diğer	4	13.8
Manevi özellikleri	9	30.0	<b>Bilgi gereksinimi</b>		
Kişilik özellikleri	5	16.7	Hastalığı tanımlama* (n=31)		
Diğer	4	13.3	Şanssızlık, çaresizlik olarak	18	58.1
Fiziksel özellikleri	3	10.0	Psikotik belirtilerle ilişkili olarak	14	45.2
Beğenmediği yönleri* (n=29)			Geçici bir hastalık olarak	4	12.9
Kişilik özellikleri	13	44.8	Hastalıkla ilgili bilmek istedikleri* (n=31)		
Beğenmediği yönü yok	7	24.1	Tedavisi ve nasıl baş edeceği	14	45.2
İletişim özellikleri	4	13.8	Hastalığın özellikleri	12	38.7
Takıntılı düşünceleri	4	13.8	Bilmek istediği bir şey yok	9	29.0
Fiziksel özellikleri	2	6.9	Taburculuk sonrası bilmek istedikleri* (n=31)		
Değiştirmek istediği yönleri* (n=31)			Bilmek istediği bir şey yok	15	48.4
Değiştirmeyi istediği yönü yok	10	32.3	Hastalık ve belirtileriyle baş etme	10	32.3
Toplumsal yaşamda aktif olmak	8	25.8	İlaç kullanımı	10	32.3
Sağlığı geliştirmek	8	25.8	Bilgi almayı düşündüğü kişiler* (n=18)		
İyi bir işe sahip olmak	6	19.4	Sağlık çalışanları	14	77.8
<b>Baş etme</b>			Aile bireyleri	3	16.7
Baş etme yöntemi* (n=31)			Diğer	2	11.1
İşlevsel yaklaşım	23	74.2			
İşlevsel olmayan yaklaşım	10	32.3			

\*Bireyler birden fazla ifade kullanmıştır. Bu nedenle yüzde değerleri yanıt verenler üzerinden hesaplanmıştır.

le nasıl baş ettiği, baş etmede kimlerden ve nasıl bir yardım aldığına dair sorulara yanıt aranmıştır. Bireylerin %74.2'sinin problemlerini çözmeye "düşünmek, konuşmak, yardım almak" gibi işlevsel yaklaşımlar, %32.3'ünün ise "yalan söylemek, alkol almak, zamana bırakmak" gibi işlevsel olmayan yaklaşımlar kullandığı belirlenmiştir. Bireylerin %45.2'sinin problemleri ile baş etmede duygusal desteğe ihtiyaç duyduğu, problemleri çözmeye %72.4 oranında eş ve aileden, %17.2 oranında sağlık çalışanlarından yardım alındığı belirlenmiştir (Tablo 3a).

### Bilgi Gereksinimi

Bilgi gereksinimi boyutunda; bireylerin hastalığı nasıl tanımladıkları, hastalıkla ilgili bilmek istedikleri, taburculuktan sonra hangi bilgilere ihtiyaç duydukları ve bu bilgileri kimlerden almayı düşündükleri belirlenmiştir. Bireylerin %58.1'i, hastalığı "şanssızlık, çaresizlik" olarak, %45.2'si psikotik belirtilerle ilişkilendirerek, %12.9'u ise "geçici bir hastalık" olarak tanımlamıştır. Bireylerin %45.2'si tedaviyi ve nasıl baş edeceğini ve %38.7'si hastalığın özelliklerini bilmek istediğini belirtmiştir. Taburcu-

luk sonrası için ise ilaç kullanımı ve devam eden hastalık belirtileriyle baş etmeye yönelik bilgiye ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Tablo 3a).

### Tedavi ve Bakım

Tedavi ve bakım boyutunda; bireylerin ilaç kullanma durumu, ilaç kullanırken karşılaştıkları sorunlar ve çözüme şekilleri, tıbbi tedavi dışında yöntemler, tedavide aile ve aile dışı destek kaynakları belirlenmiştir. Bireylerin %87.1'i ilaçlarını kullandığını, %45.2'si "yan etkiler", %25.8'i "ilacı doğru kullanmama" ile ilgili sorun yaşadığını, sorun yaşayanlardan yalnızca %31.8'i doktora danışarak bu sorunları çözmeye çalıştığını belirtmiştir. Bireylerin %54.8'i tıbbi tedavi dışı yöntem kullanmadığını, %61.3'ü ailelerin tedaviye maddi ve manevi destek olduğunu ifade etmiştir (Tablo 3b).

### Kendine Bakım

Kendine bakım boyutunda; bireylerin günlük bakımlarını ya-

**Table 3b. Katılımcıların taburculuk sonrası bakım gereksinimleri**

	n	%		n	%
<b>Tedavi ve bakım</b>			<b>Kendine bakım</b>		
İlaç kullanma durumu (n=31)			Günlük bakımını yapabilme (n=31)		
Evet, kullanıyorum	27	87.1	Sorunsuz yapıyor	14	45.2
Hayır, kullanamıyorum	4	12.9	Sorunlara rağmen yapıyor	12	38.7
Karşılaştıkları sorunlar (n=31)			Yapamıyor	5	16.1
İlaç yan etkileri	14	45.2	Karşılaştığı sorunlar (n=31)		
Bir sorun yaşamama	9	29.0	Sorun yok	14	45.2
İlacı doğru kullanmama	8	25.8	Yorgunluk ve isteksizlik	13	41.9
Bu sorunları çözme şekilleri (n=22)			İnatçı belirtiler	4	12.9
Kendi yöntemleriyle	8	36.4	Bu sorunları çözme şekli (n=31)		
Doktora danışarak	7	31.8	Sorun yok	14	45.2
Bir şey yapmama	7	31.8	Kendini zorluyor, etkili olamıyor	12	38.7
Tıbbi tedavi dışında yöntemler (n=31)			Birinden yardım alıyor	5	16.1
Başka yöntem yok	17	54.8	<b>Uyku</b>		
Kendi kendine rahatlama	11	35.5	Uyku alışkanlığında değişim (n=31)		
Yakınlarının tavsiyeleri	3	9.7	Değişim yok	12	38.7
Tedavi için aile desteği (n=30)			Düzene girdi	7	22.6
Maddi ve manevi destek	18	61.3	Zor ve rahatsız uyku	8	25.8
Tedaviyi sürdürmede yardım	7	22.6	Çok uyuyor	4	12.9
Destek alamama	5	16.1	Değişimin nedenleri (n=17)		
Aile dışında destek kaynakları* (n=31)			Hastane düzeninin olumlu etkisi	6	35.3
Başka destek kaynağı yok	16	51.6	Stres ve hastalığın olumsuz etkisi	7	41.2
Arkadaşlar	9	29.0	İlaçlar	4	23.5
Akrabalar	5	16.1	Uykuyu düzenleme şekli* (n=21)		
Sağlık çalışanları	3	9.7	Bir şey yapmıyor	10	47.6
			İlaç dışı uygulamalar	8	38.1
			Doktorun verdiği ilaçlar	4	19.0

\*Bireyler birden fazla ifade kullanmıştır. Bu nedenle yüzde değerleri yanıt verenler üzerinden hesaplanmıştır.

pabilme durumları, günlük bakımda karşılaştıkları sorunlar ve çözme şekline ilişkin bulgular yer almaktadır. Bireylerin %38.7'si günlük bakımını yaparken sorun yaşadığını, %41.9'u bunun "yorgunluk ve isteksizlik" gibi nedenlerden kaynaklandığını belirtmiştir. Sorun yaşayan bireylerin büyük kısmı bu sorunları çözmede etkili olmadığını ifade etmiştir (Tablo 3b).

### Uyku

Uyku boyutunda; bireylerin taburculuk sonrası uyku alışkanlığında değişim, değişimin nedenleri ve uykuyu düzenleme şekline ilişkin bulgular yer almaktadır. Uyku alışkanlığında değişim olduğunu ifade edenlerin %25.8'i zor ve rahatsız uyuduğunu belirtmiştir. Bireylerin, %47.6'sının uykuyu düzenleme ile ilgili bir şey yapmadığı saptanmıştır (Tablo 3b).

### Rol ve İlişkiler

Rol ve ilişkiler boyutunda; bireylerin aile içi rollerinin, eşle, çocukla, akraba ve arkadaşlarla ilişkilerinin ve cinsel yaşamlarının hastalıktan etkilenme durumu ile ilgili bulgular verilmiştir.

Bireylerin %61.3'ü "tedaviye zorla götürülme, ailenin yoğun korku ve üzüntü yaşaması, gözden düşme" gibi nedenlerle aile içindeki rollerinin olumsuz etkilendiğini düşünmektedir. Evli olanların %58.3'ü eşi ile, çocuğu olanların 41.7'si çocuklarıyla ilişkilerinin etkilendiğini belirtmiştir. Bireylerin %58.1'i "akrabaların hastalığı bildiklerini ve ilişkilerin iyi olduğunu", %29'u ise "akrabaların hastalık nedeni ile kendisinden uzaklaştığını" belirtmiştir. Bireylerin %35.5'i "arkadaşlıklarının etkilenmediğini", %22.6'sı da "arkadaşının olmadığını" belirtmiştir. Çalışmadaki bireylerin yarısı ise hastalığın cinsel yaşamlarını etkilediğini düşünmektedir (Tablo 3c).

### Güvenli Çevre

Güvenli çevre boyutunda, yaşanan ortamda kendini güvende hissetme durumu ve bunun için yapılan uygulamalar ile ilgili bulgular verilmiştir. Bireylerin %61.3'ü yaşadığı ortamda kendini güvende hissettiğini belirtirken, %38.7'si "şüphe duyma, öldürüleceğini düşünme, tek başına kaldığında korkma, hastaneye yatırılma korkusu yaşama" gibi nedenlerle güvende hissetmediğini belirtmiştir. Kendini güvende hissetmek için

**Table 3c. Katılımcıların taburculuk sonrası bakım gereksinimleri**

	n	%		n	%
<b>Rol ve ilişkiler</b>			Güvende hissetmek için yaptıkları (n=31)		
Aile içi rollerin etkilenme durumu* (n=31)			Bir şey yapmıyor	20	64.5
Etkilenmedi	10	32.3	Zihinsel rahatlamayı kullanıyor	11	35.5
Olumlu etkilendi	4	12.9	<b>Manevi boyut</b>		
Olumsuz etkilendi	19	61.3	Sağlığı tanımlama* (n=30)		
Eşle ilişkilerin etkilenme durumu (n=12)			Ruhsal yönden huzurlu olma	20	66.7
Etkilenmedi	5	41.7	Bedensel yönden sağlıklı olma	10	33.3
Etkilendi	7	58.3	Kendi kendine yetebilme	7	23.3
Etkilenmedi	7	58.3	Yaşamdaki Önemli Kişiler* (n=31)		
Etkilendi	5	41.7	Aile	31	100.0
Akrabalarla ilişkilerin etkilenme durumu (n=31)			Akrabalar	5	16.1
Hastalığı biliyorlar, ilişkiler iyi	18	58.1	Arkadaşlar	3	9.7
Hastalıktan dolayı uzaklaştılar	9	29.0	Boş zaman değerlendirme* (n=31)		
Uzaktalar, hastalığı bilmiyorlar	4	12.9	Ev içi aktivitelerle uğraşma	24	77.4
Arkadaşlarla ilişkilerin etkilenme durumu (n=31)			Ev dışı aktivitelerle uğraşma	11	35.5
Etkilenmedi	11	35.5	Bir şey yapmama, uyuma	6	19.4
Etkilendi, uzaklaştılar	10	32.3	Manevi inançların etkilenme durumu* (n=31)		
Arkadaşı yok	7	22.6	Olumsuz etkilenmedi	19	61.3
Yeni arkadaşlıklar edindi	3	9.7	Dini inanç ve ibadette zayıflama	11	35.5
Cinsel yaşamın etkilenme durumu (n=24)			İnsanlara olan sevgide azalma	6	19.4
Etkilenmedi	10	41.7	Toplumun ruhsal hastalığa bakışı (n=28)		
Etkilendi	12	50.0	Dışlama, acıma	19	67.9
Diğer	2	8.3	Anlamaya yardım etmeye çalışma	9	32.1
<b>Güvenli çevre</b>			Gelecek planları* (n=31)		
Güvende hissetme (n=31)			Uğraşı, meslek, mal sahibi olmak	19	61.3
Güvende hissediyor	19	61.3	Aile kurmak ve aileyi geliştirmek	13	41.9
Güvende hissetmiyor	12	38.7	Gelecek planı yok	6	19.4
			Diğer (sağlıklı olmak vs.)	4	12.9

\*Individuals' answers could be more than one. Therefore, the percentages were calculated over the number of respondents.

bireylerin %64.5'i bir uygulama yapmazken geri kalanlar "bir uğraşıyla meşgul olmak, aldırış etmemeye çalışmak, aileden birini her zaman yanında bulundurmamak, hemşire ve doktorların söylediklerini düşünmek, iyi iletişim kurmaya çalışmak, aile huzurunu sağlamak" gibi uygulamalardan oluşan "zihinsel rahatlamayı" kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3c).

### Manevi Boyut

Manevi boyut kapsamında bireylerin sağlık algıları, yaşamındaki önemli kişiler, boş zaman değerlendirmeleri, dini ve manevi uygulamalarının hastalıktan etkilenme durumu, toplumun ruhsal hastalığa bakışını nasıl algıladıkları ve gelecek planları ile ilgili bulgular yer almaktadır. Bireylerin %66.7'si sağlığı; "ruhsal yönden huzurlu olma" şeklinde tanımlamıştır. Bireylerin tamamı ailelerinin yaşamlarındaki en önemli kişiler olduğunu, boş zamanlarında çoğunlukla ev içi aktivitelerle uğraştığını, %61.3'ü hastalığın manevi inançlarını olumsuz etkilemediğini, %19.4'ü ise "insanlara olan sevgisinin azaldığını" ifade etmiştir. Toplumun ruhsal bozukluğa bakışı ile ilgili olarak

bireylerin %67.9'unun "dışlama ve acıma", ile karşılaştığı, gelecekleri ile ilgili planlarının "uğraşı, meslek, mal sahibi olmak" (%61.3) ve "aile kurmak ve aileyi geliştirmek" (%41.9) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3c).

### Tartışma

Şizofreni bireyde sosyal ve işlevsel yeti yitimine yol açan, ailenin de bakım yükünü artıran, kronik seyirli bir hastalıktır.<sup>[19,20]</sup> Kronik seyirli hastalıklarda amaç bireyleri sadece tedavi etmek değil sahip oldukları bozukluğa uyum sağlamalarına yardım etmektir. Bu nedenle hemşirelerin sağlık bakımındaki rolü değişerek "öz-bakım" kavramına daha fazla odaklanmıştır.<sup>[11]</sup> Bu çalışmada şizofreni tanısıyla tedavi gördükten sonra taburcu olan bireylerin, taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü düzeyleri ve hemşirelik bakım gereksinimleri üzerinde çalışılmıştır.

Çalışmada bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Çörçem ve Partlak-Günüşen'in

(2010) hastalığın akut döneminde olmayan 21 şizofreni hastasıyla yaptıkları araştırmada da öz-bakım gücü puan ortalamasının orta düzeyde ( $88.42 \pm 25.09$ ) olduğu ve ekonomik düzey arttıkça öz-bakım gücünün arttığı belirlenmiştir.<sup>[5]</sup> Çiftçi ve ark. nın<sup>[11]</sup> (2015) çalışmasında ise şizofreni hastalarının öz-bakım gücü puan ortalamasının ( $77.0 \pm 23.0$ ), anksiyete bozukluğu ve depresyon hastalığı olan bireylerin öz-bakım gücü puan ortalamalarına göre düşük bulunduğu belirtilmiştir. Kişinin kendine bakımını gerçekleştirebilmesi için gerekli olan fiziksel enerji, farkındalık, karar verme becerisi, motivasyon, kendine saygı ve güven gibi bazı unsurların yetersizliği şizofreni hastalarında öz-bakım gücünü azaltabilmektedir.<sup>[21]</sup> Bu nedenle bireylerin öz-bakım gücünü etkileyebilecek unsurların göz önüne alındığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Şizofreni hastaları duygusal, sosyal, ekonomik birçok sorunla karşılaşmakta ve bu sorunlarla baş etmede desteklenmeye ve işbirliğine gereksinim duymaktadır.<sup>[22]</sup> Bu çalışmada "benlik kavramı, baş etme, bilgi gereksinimi, tedavi ve bakım, kendine bakım, uyku, rol ve ilişkiler, güvenli çevre ve manevi boyut" şizofreni hastalarında öz-bakım ile ilgili gereksinim alanları olarak incelenmiş ve taburculuk sonrası erken dönemde bireylerin her biri ile ilgili bir çok gereksinimi olduğu ortaya çıkmıştır.

Benlik kavramı, bireyin kendine gösterdiği duygusal ve fiziksel bakımı büyük ölçüde etkilemektedir.<sup>[23]</sup> Benlik kavramını anlamada, kişinin kendini tanımlarken öne çıkardığı özellikleri dikkate almak gerekir. Bu araştırmada bireylerin kendilerini manevi özellikleri başta olmak üzere sosyal, fiziksel bir çok yönden tanımlamaları kendileriyle ilgili farkındalıklarının olduğunu ve bunun desteklenmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bireyi, kendisiyle ilgili değerlendirmelerinin farkına vardırımının benlik algısının iyileştirilmesinde öncelikli hedef olduğu belirtilmektedir. Birey kendisiyle ilgili gerçekçi ve olumlu düşündüğünde sorunlarla daha etkili şekilde baş edebilmektedir.<sup>[24]</sup> Şizofrenide sosyal ilişkilerde bozulma, iş kaybı ve öz-bakım gereksinimleri benlik algısında bozulmaya neden olmaktadır.<sup>[25]</sup> Bu çalışmada bireylerin değiştirmek istedikleri yönleriyle ilgili bulgular onların şizofreniye bağlı ortaya çıkan yeti yitimlerinin sonuçlarının farkında olduklarını ve bu olumsuz sonuçların üstesinden gelmek için arayış içinde olduklarını gösterebilir. Bu durumda, ifade ettikleri alanlarda değişimin gerçekleştirilmesine destek olunmasının, bu bireylerde olumlu benlik algısı geliştirmeye yardım edeceği düşünülmektedir.

Ülkemizde şizofreni hastalarının başa çıkma tutumlarını araştıran sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Özcan ve ark. nın<sup>[26]</sup> (1999) şizofreni hastalarının çoğunun stresli bir olayla baş etmede en fazla dini etkinlikler olmak üzere "bilişsel kontrol, ilaç dozu değişikliği yapma, diğerleriyle ilişkileri artırma, semptomatik davranma, pasif davranışçı yöntemler ve madde kullanımı" gibi en az bir baş etme yöntemi kullandıklarını bildirmiştir. Bu bulgu çalışmamızla benzerdir. Bu çalışmada bireylerin problemlerini çözmede en yüksek oranda ailelerinden yardım aldıklarını belirtmeleri, baş etmede en fazla duygusal desteğe ihtiyaç duydukları bulgusunu destekler niteliktedir. Uğurlu (2011) çalışmasında stresle başa çıkmak için sosyal

desteklerini kullanan şizofreni hastalarının tedavinin yan etkilerini yaşamadıklarını bildirmiştir.<sup>[27]</sup> Yalvaç ve ark.nın<sup>[28]</sup> (2015) çalışmasında hastaların şizofreni ile baş etmek için psikiyatriste ailelerinin tavsiyesiyle gittikleri belirlenmiştir. Şizofrenide ailelere yapılan eğitim, destek ve danışmanlık gibi müdahalelerin hastalara olumlu etkileri olduğu bilinmektedir.<sup>[29-31]</sup> Tüm bu bulgular aileyi güçlendirmenin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Şizofreni hastalığı olan bireylerin sağlıklı bireyler gibi baş etme yöntemlerini kullandıkları ve aktif baş etme yöntemlerini kullanmaya teşvik edildiklerinde daha iyi ruh sağlığı sonuçları elde edecekleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada bilgi gereksinimi boyutunda, şizofreni hastalığı olan bireylerin hastalığı olumsuz ifadelerle ve psikotik belirtilerle açıkladığı saptanmıştır. Güner'in<sup>[32]</sup> (2014) çalışmasında, hastaların hastalıkla ilgili "korkutucu, tarifsiz bir acı, kayıp bir yaşam, gizem ve sır" gibi tanımlamaları bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada bazı bireylerin hastalığın geçici olduğunu düşünmelerinin hastalığı kabullenmediklerinin göstergesi olabileceği düşünülmektedir. Çünkü hastalığın kronik olduğunu düşünmenin hastalığa uyumlu daha fazla ilişkili olduğu belirtilmektedir.<sup>[33]</sup> Hastalık algısı bireylerin baş etme biçimlerini belirlediğinden ruh sağlığı ekibinin hastaların kendi hastalıklarına yönelik düşüncelerini öğrenmeleri gerekmektedir.<sup>[32,33]</sup> Bu çalışmada bireylerin çoğunluğunun altı yıl ve üzeri bir süredir bu hastalığı yaşadıkları ve ikiden fazla klinik yatış yaptıkları halde hastalıkla ilgili bilgi gereksinimlerinin olması bireylerin sağlık personelinde yeterli düzeyde bilgi almadıklarını düşündürmüştür. Benzer şekilde Duran ve Gürhan'ın<sup>[34]</sup> (2012) çalışmasında psikiyatri hastaları kendilerine taburculuk eğitimi verilmediğini, hastalık ve tanı sürecine ilişkin bilgi almadıklarını, bu nedenle kendilerini taburculuğa hazır hissetmediklerini belirtmişlerdir. Hätönen ve ark.nın<sup>[35]</sup> (2008) çalışmasında taburculuk sürecindeki bir grup psikiyatri hastasının en çok önemsedikleri eğitim alanları bu çalışmayla benzer şekilde ilaç etkileri ve yan etkileri olarak belirlenmiştir. Bu çalışmadaki bireylerin bilgi gereksinimini sağlık çalışanlarından karşılamayı düşünmeleri bilgi almada sağlık çalışanlarını otorite olarak kabul ettiklerini göstermesi nedeniyle önemlidir. Yılmaz'ın<sup>[36]</sup> (2011) çalışması da şizofreni hastalığı olan bireylerin en çok doktor, hemşire ve psikolog gibi sağlık personelinde bilgi edindiklerini bildirmiştir. Tüm bu bulgular değerlendirildiğinde şizofreni hastalığı olan bireyler için gerek yatış gerekse taburculuk sonrasını kapsayacak bütüncül bir eğitim ve danışmanlığa gereksinim olduğu düşünülmektedir. Ruhsal eğitim ve telepsikiyatrik izlemin taburculuk sonrasında şizofreni hastaları üzerinde olumlu etkisinin olduğu ve evde hasta izlemesinde kullanılması önerilmektedir.<sup>[37]</sup>

Ayaktan takip edilen şizofreni hastalarında tedaviye uyum düşük olmaktadır.<sup>[38]</sup> Bu çalışmada ise bireylerin çoğunun ilaçlarını kullandığını belirtmesinin taburculuğun erken döneminde olmalarıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ancak bireylerin ilaç kullanırken yaşadığı sorunlar ve bu sorunları etkili bir şekilde çözememeleri gelecek zamanlarda uyumsuzluk gelişebileceğini düşündürmektedir. İlaçla tedavinin tekrarlayan yatışları önlemede tek başına etkili olamayacağı gösterilmiştir.



[39] İlaç tedavisine ek olarak destekleyici psikososyal müdahalelerin önemli olduğu bilinmektedir. Tatar Yüksel ve Oflaz'ın<sup>[40]</sup> (2012) çalışmasında antipsikotik ilaç kullanan psikiyatri hastalarının kısa süreli yatışlarında, uygulanan ilaç tedavisi ile ilgili beceri eğitimi modülünün hastaların bilgi düzeyinin artmasında ve ilaç kullanımına ilişkin davranışlarının değişmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. Bu durum benzer uygulamaların taburculuk öncesinde yapılmasının yararlı olacağını göstermektedir. Bu çalışmada şizofreni hastalarının hastalıkla baş etmede kendi kendine rahatlatma ve yakınlarının tavsiyelerinden faydalanma gibi yöntemler kullandığı belirlenmiştir. Şizofreniyle baş etmede yüksek oranda dinsel çare arayışının olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.<sup>[28,41]</sup> Bireylerin çoğu tedavilerinde ailelerinden maddi ve manevi destek gördüklerini ve aileleri dışında bir destekleri olmadığını belirtmiştir. Bu durum, destekleyici aile ortamının şizofreni hastalarında depresmelere karşı koruyucu bir faktör olması nedeniyle önemli bulunmuştur.<sup>[42]</sup> Bireyleri aileleriyle birlikte ele alan çalışmaların uygun baş etme yöntemleri geliştirmede etkili olacağı düşünülmektedir.

Şizofreni hastalarında kendine bakım ile ilgili olarak Saruç ve Kaya Kılıç'ın<sup>[43]</sup> (2015) çalışmasında bir toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı şizofreni hastalarının yalnızca %34.7'sinin öz-bakımını desteksiz yaptığı belirlenmiştir. Bu bulgu çalışmamızla benzerdir. Yine bireylerin kendine bakımda en çok "yorgunluk ve isteksizlik" gibi negatif belirtiler nedeniyle sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Hastalardaki bu negatif belirtiler bakım verenler için objektif yükün belirleyicisi olmaktadır.<sup>[44]</sup> Çetin ve ark.nın<sup>[45]</sup> (2013) çalışmasında şizofreni hastalarının bir araç kullanılarak yaptığı günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık durumu arttıkça; bakım veren aile üyesinin yaşadığı bakım yükü ve dışı vuran duygu durumunun azaldığı bulunmuştur. Şizofreni hastasına sahip ailelere yönelik aile eğitimi, aile destek grupları, kriz yönetimi ve danışmanlık gibi müdahalelerle bakım veren kişi üzerindeki stresin azaltılarak aile ortamındaki olumsuz etkilerin en aza indirilmesi gerekmektedir.<sup>[44,46]</sup> Bu çalışmada günlük bakımını yapmada zorluk yaşadığı halde yardım istemeyen bireylerin olduğu belirlenmiştir. Bu bireylerin öz-bakımlarını sürdürmeye motivasyonlarının artırılması için psikiyatri hemşirelerinin kliniklerde ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde motivasyonel görüşme yöntemini kullanmaları önerilmektedir.<sup>[47]</sup>

Bu çalışmada taburculuktan sonra uyku düzeniyle ilgili olarak bireylerin çoğu uyku durumunda değişim olduğunu ifade etmiştir. Yetkin ve ark.nın<sup>[48]</sup> (2011) çalışmasında herhangi bir tedavi almayan şizofreni hastalarının kontrol grubuna göre uyku etkinliğinde ve toplam uyku süresinde azalma, uykuya geçiş süresinde uzama, uyanıklık sayısında artma gibi sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir. Bireylere taburculuk öncesinde kendi kendine bir baş etme yöntemi olarak gevşeme tekniklerinin benimsenmesi ve uykuyu düzenleme konusunda eğitim verilerek doğru alışkanlıkların kazandırılması gerekmektedir.<sup>[49]</sup>

Bu çalışmadaki bireylerin rol ve ilişkiler boyutunda literatürde belirtildiği şekilde, aile içi rollerinin, cinselliklerinin, eş ve ço-

cuklarla, akraba ve arkadaşlarla ilişkilerinin belli düzeylerde etkilendiği belirlenmiştir.<sup>[50-55]</sup> Bir çalışmada şizofreni hastalığı olan bireylerin eşlerinden hastalıklarını gizledikleri ve öğrenildiğinde evliliklerinin boşanmayla bittiği bulunmuştur.<sup>[55]</sup> Evlilik bireylere güvenlik hissi ve sorumluluk duygusu kazandırdığından;<sup>[56]</sup> öz-bakım gücü düzeyini yükselteceği düşünülmektedir. Bu nedenle hasta bireyin yanı sıra eş ve çocuklarının da baş etme düzeylerinin geliştirilmesi hemşirelerin aileyi koruma ve sürdürme sorumluluğunun bir gereğidir. Saruç ve Kaya Kılıç'ın<sup>[43]</sup> (2015) araştırmasında bu çalışmayla benzer şekilde şizofreni hastalarının çoğunun arkadaşlarının olmadığı ve komşularıyla görüşmedikleri bulunmuştur. Duygu ifadesi ve başka insanların duygularının anlaşılmasındaki bozukluklar şizofreni hastalığı olan bireylerin sosyalleşmesine engel olabilmektedir.<sup>[54]</sup> Ancak toplumdaki bireylerin şizofreni hastalarına karşı olumsuz inanç ve tutumlarının da şizofreni hastalarının kişilerarası ilişkilerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada bireylerin yarısı hastalığın cinsel yaşamını etkilediğini düşünmektedir. Şizofreni hastalarının cinsel sorunlarını araştıran bir çalışma antipsikotik tedavi gören hastalarda cinsel ilişki sıklığı, cinsel iletişim, doyum, kaçınma, dokunma alanlarında sorunlar olduğunu bildirmiştir.<sup>[53]</sup> Doğu ve ark.nın<sup>[52]</sup> (2012) belirttiğine göre cinsel işlev bozuklukları yaşam kalitesini düşürmekte ve ilaç uyumsuzluğuna neden olmaktadır. Bu etkileriyle de bireylerin öz-bakım gücünü olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

Güvenli çevre boyutunda bu çalışmadaki bireylerin "öldürüleceğini düşünme, her şeye karşı şüphe duyma, hastaneye zorla yatırılma korkusu" gibi nedenlerle güvensizlik yaşadıkları belirlenmiştir. Bireylerin güvenli ortam sağlamak için daha çok zihinsel yöntemler kullandıkları görülmüştür. Başka bir çalışmada şizofreni hastalarında sanrı türleri ve korku içerikleri araştırılmış bireylerin büyük oranda kötülük görme, zehirlenme ve izlenme sanrıları yaşadıkları, haklarında olumsuz şeyler düşünüldüğüne ve konuşulduğuna dair alınma sanrılarının olduğu görülmüştür.<sup>[57]</sup> Hastalığın doğasından kaynaklanan bu durumların bireylerde güvenlik hissine olan gereksinimi artırabileceği düşünülmektedir. Bakımın hastaneden topluma yer değiştirmesiyle terapötik ortam sağlama konusunda hemşirelerin sorumlulukları da genişlemiştir. Toplum ruh sağlığı anlayışı içinde bireylerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde yarı zamanlı günlük tedavi programlarına dahil edilmeleri bireylere güvenli bir ortam sağlayacaktır.<sup>[10]</sup>

Manevi boyutta bireylerin sağlık algısı en çok "ruhsal yönden huzurlu olma" olarak belirlenmiştir. Psikiyatri hastalarının sağlığı algılamalarıyla ilgili ülkemizde herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sağlık algısı, kişilerin sağlık davranışlarını etkilediğinden koruyucu müdahaleler açısından önem taşımaktadır.<sup>[58]</sup> Yine manevi boyutta şizofreni hastalarının yaşamında ailelerinin ve aile desteğinin önemli bir yere sahip olduğu belirlenmiştir. Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin çoğu aileleriyle yaşamakta ya da aile üyeleriyle belirgin bir etkileşim içerisinde bulunmaktadır. Rehabilitasyon çalışmalarına ailenin dahil edilmesi bakımın kalitesini artıracaktır.<sup>[59]</sup> Bu çalışmadaki bireylerin çoğu boş zamanını ev içi aktivitelerle geçirdiğini belirtmiştir.

Benzer bir çalışmada şizofreni hastalarının yaklaşık %65'inin genel ilgi alanının televizyon seyretmek olduğu belirlenmiştir.<sup>[43]</sup> Hemşirelik girişimleri sınıflamasında "rekreasyon terapisi" olarak geçen boş zaman değerlendirme, özellikle şizofrenide olduğu gibi sosyal etkileşimde bozulma ve izolasyon yaşayan bireylerde hemşirenin göz önünde bulundurması gereken alanlardan biridir.<sup>[60]</sup> Bu çalışmada şizofreni hastalığının bazı bireylerde dini ve manevi inançları olumsuz etkilediği bulunmuştur. Manevi boyutun şizofreni hastalarının yaşamına anlam ve amaç kattığı,<sup>[61,62]</sup> ancak kimi zaman hemşirelik bakımında ihmal edildiği bilinmektedir.<sup>[63-65]</sup> Manevi inançlar bireylerin hastalıklarını kabul etmelerine ve gelecek planı yapmalarına yardım ettiği için önemlidir.<sup>[66]</sup> Toplumun ruhsal bozukluğa bakışı ile ilgili bireylerin çoğu "dışlama ve acıma" ile karşılaştıklarını belirtmiştir. Ruhsal hastalığı olan birçok kişinin toplumdaki ruhsal hastalıklarla ilgili damgalamanın farkında olduğu ve bunun sonucu olarak da kendi kendilerini damgaladıkları bilinmektedir. Bu içselleştirilmiş damgalama iyileşmenin önündeki en büyük engellerden biridir. Damgalama ile mücadelede, içselleştirilmiş damgalamayı engellemek ve toplumsal damgalamaya karşı koymak için bireylerin eğitimine odaklanılmalıdır.<sup>[67]</sup> Manevi boyutla ilgili diğer bir alan olan gelecek planlarına bakıldığında bireylerin hastalığın doğasına bağlı olarak yaşamda elde edemedikleri meslek ve aile düzeni gibi bazı koşulları geri kazanmaya yönelik planlar yaptıkları görülmüştür. Yaşam amaçları bireylerin tedavi programlarına uyum ve katılım konusundaki motivasyonlarını etkilediğinden sağlık ekibi tedavi ve bakımın amacını belirlerken bireyin amaçlarını da dikkate almalıdır.<sup>[68]</sup>

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın katılımcıları Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Kliniği'nde yatarak tedavi aldıktan sonra taburcu olan şizofreni hastaları olduğu için sonuçlar yalnızca araştırmanın örneklemine genellenmektedir.

### Sonuç

Bu çalışmada şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde günlük yaşamlarını bağımsız olarak sürdürmek için yardım ve desteğe gereksinimleri olduğu ortaya çıkmıştır. Bu bakımdan araştırma psikiyatri kliniklerinde verilecek olan hemşirelik bakımını şekillendirmede önemli veriler sağlamaktadır. Çalışmadaki şizofreni hastalarının taburculuğun erken döneminde öz-bakım güçleri orta düzeyde bulunmuştur. Bakım gereksinimleri açısından ise çalışmaya katılan hastaların tümünün taburculuktan sonra benlik kavramı, baş etme, bilgi gereksinimi, tedavi ve bakım, kendine bakım, uyku, rol ve ilişkiler, güvenli çevre ve manevi boyut alanlarının en az birinde bakıma gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Her bir alandaki gereksinim değerlendirmesinin psikiyatrik hastalar için önemli olan bütüncül anlayışı sağlayacağı düşünülmektedir. Bulgular araştırmanın katılımcılarından oluşan az sayıda bireyden elde edilmiş olsa da bütüncül ve fenomenolojik bakış

açısıyla her insanın deneyimi son derece özgün ve değerlidir. Psikiyatri hemşirelerinin ruh sağlığı ekibi ile iş birliği halinde etkili taburculuk planları yapması, taburculuk sonrası bakım hizmetlerinde daha geniş görevler alması ve öz-bakım gücü düzeyinin psikiyatri hastalarında bir taburculuk ölçütü olarak ele alınmasının hastaneden topluma bakımın sürdürülmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Çıkar çatışması:** Bildirilmemiştir.

**Hakem değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazarlık katkıları:** Konsept – K.B., S.T.; Dizayn – K.B., S.T.; Denetim – K.B.; Finansman – K.B., S.T.; Meteryal – K.B., S.T.; Veri toplama veya işleme – S.T.; Analiz ve yorumlama – K.B., S.T.; Literatür arama – S.T.; Yazan – K.B., S.T.; Kritik revizyon – K.B.

### Kaynaklar

- Gerson LD, Rose LE. Needs of persons with serious mental illness following discharge from inpatient treatment: patient and family views. Arch Psychiatr Nurs 2012;26:261-71.
- Loch AA. Discharged from a mental health admission ward: is it safe to go home? A review on the negative outcomes of psychiatric hospitalization. Psychol Res Behav Manag 2014;7:137-45.
- Irmeter C, McCarthy JF, Barry KL, Soliman S, et al. Reinstitutionalization following psychiatric discharge among VA patients with serious mental illness: a national longitudinal study. Psychiatr Q 2007;78:279-86.
- Sönmez EU. Şizofreni Hastalarında Dönerkapı Fenomeni Değişkenlerinin İncelenmesi. [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.
- Çörçem P, Partlak Günüşen N. Şizofreni hastalarının öz-bakım gücü ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi (24-26 Haziran 2010) Özet Kitabı. Sam-sun: 2010. s.176-7.
- Holmberg SK, Kane C. Health and self-care practices of persons with schizophrenia. Psychiatr Serv 1999;50:827-9.
- Fortinash KM, Holoday Worret PA. Psychiatric Mental Health Nursing. 4th ed. Missouri: Elsevier; 2008.
- Buldukoğlu K. Values in Psychiatric Care. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics 2015;1:9-15.
- George JB. Nursing Theories. 6th ed. New Jersey: Pearson; 2010.
- Varcarolis EM. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care. 2nd ed. Missouri: Elsevier Saunders; 2013.
- Çiftçi B, Yıldırım N, Şahin Altun Ö, Avşar G. What level of self-care agency in mental illness? The factors affecting self-care agency and self-care agency in patients with mental illness. Arch Psychiatr Nurs 2015;29:372-6.
- Cornwell P, Dicks B, Fleming J, Haines TP, et al. Care and support needs of patients and carers early post-discharge following treatment for non-malignant brain tumour: establishing a new reality. Support Care Cancer 2012;20:2595-610.

13. Driscoll A. Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *J Adv Nurs* 2000;31:1165–73.
14. Nahcivan NO. A Turkish language equivalence of the Exercise of Self-Care Agency Scale. *West J Nurs Res* 2004;26:813–24.
15. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000; 4:41–9.
16. Stuart GW, Laraia MT. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 8th ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2005.
17. Gamble C, Brennan G. Working With Serious Mental Illness: A Manual For Clinical Practice. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2006.
18. Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Erdemir F, çev ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.
19. Kocal Y, Karakuş G, Tamam L. Sociodemographic and Clinical Characteristics of inpatients with Schizophrenia in Psychiatry Clinics. *Klinik Psikiyatri* 2017;20:104–13.
20. Elder R, Evans K, Nizette D. Psychiatric and Mental Health Nursing. Australia: Elsevier; 2013.
21. Cutler C. Assessing patients' perception of self-care agency in psychiatric care. *Issues Ment Health Nurs* 2003;24:199–211.
22. Babacan Gümüş A. Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2006;8:23–34.
23. Potter PA, Perry AG. Basic Nursing: Theory and Practice. St. Louis: Mosby; 1995.
24. Hiçdurmaz D, Öz F. Benliğin Bilişsel Yaklaşımla Güçlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2011;18:68–78.
25. Bulut A. Şizofren Hastalarında İşitsel Varsanıları İle İlgili İnanışlarının Benlik Saygısı İle İlişkisi. [Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi] İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi; 2012.
26. Özcan ME, Gürgen F, Türkeş C. Şizofrenili Hastalarda Başa Çıkma Davranışları. *Düşünen Adam Dergisi* 1999;12:35–40.
27. Uğurlu N. Şizofreni Tanısı Konan Hastalarda Bir İşte Çalışmanın ve Derneğe Üye Olmanın İşlevsel İyileşme, Tedaviye Uyum ve Stresli Durumlarla Baş Etme Üzerine Etkisi. [Yüksek Lisans Tezi] Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
28. Yalvaç HD, Kotan Z, Ünal S. Help seeking behavior and related factors in schizophrenia patients: a comparative study of two populations from eastern and western Turkey. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2015;28:154–61.
29. Soygür H, Çelikel B, Aydemir Ç, Bozkurt S. Hasta yakınları ile gerçekleştirilen psikodrama yönelimli destekleyici-eğitici grup psikoterapisinin kronik şizofreni gidişi üzerinde etkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 1998;11:5–11.
30. Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Family to Family Support Programs for the Caregivers of Schizophrenia Patients: A Systematic Review. *Türk Psikiyatri Derg* 2011;22:255–65.
31. Chien WT, Yip AL, Liu JY, McMaster TW. The effectiveness of manual-guided, problem-solving-based self-learning programme for family caregivers of people with recent-onset psychosis: A randomised controlled trial with 6-month follow-up. *Int J Nurs Stud* 2016;59:141–55.
32. Güner P. Illness perception in Turkish schizophrenia patients: a qualitative explorative study. *Arch Psychiatr Nurs* 2014;28:405–12.
33. Yılmaz Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;14:25–31.
34. Duran S, Gürhan N. Psikiyatri hastalarının taburculuk eğitimi alma durumunun değerlendirilmesi. *FÜ Sağ Bil Tıp Derg* 2012;26:39–44.
35. Hätönen H, Kuosmanen L, Malkavaara H, Välimäki M. Mental health: patients' experiences of patient education during in-patient care. *J Clin Nurs* 2008;17:752–62.
36. Yılmaz S. Şizofreni Tanılı Hasta ve Ailelerinin Eğitim Gereksinimleri. [Doktora Tezi], İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
37. Özkan B, Erdem E, Demirel Özsoy S, Zararsız G. Şizofreni hastalarına verilen ruhsal eğitim ve telepsikiyatrik izlemenin hasta işlevselliği ve ilaç uyumuna etkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14:192–9.
38. Dikeç G, Kutlu Y. The Determination of Treatment Adherence and Affecting Factors Among a Group of Patients with Schizophrenia. *J Psy Nurs* 2014;5:143–8.
39. Gültekin BK, Güler J, Kesebir S, Irmak Ç, et al. Rehospitalization Rates of Patients with Schizophrenia Discharged on Typical, Atypical Antipsychotics, Electroconvulsive Therapy or Combination Treatment During Six Months. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2013;16:206–13.
40. Tatar Yüksel Ç, Oflaz F. Assessing Medicine Management Education in Psychiatric Inpatients Who use Antipsychotic Medicine. *J Psy Nurs* 2012;3:67–74.
41. Yazıcı E, Yazıcı AB, İnce M, Erol A, et al. The search for traditional religious treatment amongst schizophrenic patients: the current situation. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016;17:174–80.
42. Baştug S, Karancı AN. The impact of caregivers' expressed emotion and the patients' perception of expressed emotion on the positive and negative symptoms of patients with schizophrenia in a sample from Turkey. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2015;28:127–39.
43. Saruç S, Kaya Kılıç A. Social Profile of Patients Receiving Service from Community Mental Health Center and Provided Services in the Center. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2015;26:53–71.
44. Arslantaş H, Adana F. The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *Current Approaches in Psychiatry* 2011;3:251–77.
45. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. The relationship between daily life activity levels of schizophrenia patients and care burden and expressed emotion statuses of their family members. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14:19–26.
46. Bademli K, Çetinkaya Duman Z. Caregivers of Schizophrenia Patients. *Current Approaches in Psychiatry* 2013;5:461–78.
47. Çetinkaya Duman Z, Ertem M. Why Motivational Interview-

- ing Important for Patients with Schizophrenia? DEUH FED 2016;9:148–52.
48. Yetkin S, Aydın H, Özgen F, Sütcigil L, et al. Şizofreni Hastalarında Uyku Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011;22:1–9.
  49. Alptekin K, Yıldırım E. Şizofreni hastalığında İlgörü Eksikliği: "Hasta değilim, Yardıma İhtiyacım Yok". *Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği - Uzman Görüşleri*; 2011.
  50. Vaz FJ, Béjar A, Casado M. Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002;28:311–7.
  51. Pinkham AE, Penn DL. Neurocognitive and social cognitive predictors of interpersonal skill in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2006;143:167–78.
  52. Doğu B, Güler J, Çıtak S, Altunkaynak Y, et al. Şizofreni hastalarının cinsel yaşama ilişkin öznel düşüncelerinin cinsiyetler arası karşılaştırması. *Klin Psikiyatr Derg* 2012;15:238–47.
  53. Çakmak S. Şizofrenik Bozuklukta Cinsel İşlev Bozuklukları: Kesitsel Bir Değerlendirme. [Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi] Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı; 2010.
  54. Ünal S. Şizofrenide öznel yaşantılar ve duyguların ifadesi. *Klin Psikiyatr Derg* 2000;3:131–6.
  55. Loganathan S, Murthy RS. Living with schizophrenia in India: gender perspectives. *Transcult Psychiatry* 2011;48:569–84.
  56. Pehlivan K. Marriage and Parenthood in Female Psychiatric Patients: A Review. *Düşünen Adam* 2006;19:143–54.
  57. Özen Ş, Özmen S. The type of delusions, fear contents and negative life events in a group of patients with schizophrenia. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2010;11:133–8.
  58. Araz A, Harlak H, Meşe G. Health Behaviors and Alternative Medicine Use. *TAF Prev Med Bull* 2007;6:112–22.
  59. Yıldız M. Psikiyatrik Rehabilitasyon. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı. Işık Sayıl, editor. İstanbul: Erler Matbaacılık; 2004.
  60. Johnson M. Nursing Diagnoses, Outcomes and Interventions: NANDA, NOC, And NIC Linkages. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 2006.
  61. Mohr S, Brandt PY, Borrás L, Gilliéron C, et al. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:1952–9.
  62. Huguelet P, Mohr S, Borrás L, Gillieron C, et al. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatr Serv* 2006;57:366–72.
  63. Yılmaz M, Okyay N. Views Related to Spiritual Care and Spirituality of Nurses. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009;11:41–52.
  64. Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı* 2010;218–25.
  65. Sis Çelik A, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. Determining the Perception Level of Nurses Regarding Spirituality and Spiritual Care and the Factors that Affect their Perception Level. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;1:1–12.
  66. Kostak M. Hemşirelik bakımının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2:105–15.
  67. Çam O, Çuhadar D. Stigma Process and Internalized Stigma among Individuals with Mental Illness. *J Psy Nurs* 2011;2:136–40.
  68. Sivaraman Nair KP. Life goals: the concept and its relevance to rehabilitation. *Clin Rehabil* 2003;17:192–202.