

Şizofreni Hastalarının İhtiyaçları ve Öngörülebilirliği



Abdullah Burak UYGUR¹, Ayşen ESEN DANACI²

ÖZET

SUMMARY

Needs of Patients with Schizophrenia and Their Predictors

Amaç: Bu çalışmada amacımız, şizofreni hastalarının ihtiyaçlarını tespit etmek ve bu ihtiyaçlar ile ilişkili sosyodemografik ve klinik değişkenleri belirleyebilmektir.

Objective: The aim of this study was to explore the needs of patients with schizophrenia and to determine the sociodemographic and clinical variables associated with these needs.

Yöntem: Çalışma, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, şizofreni tanısı olan 94 hasta ve bakım verenleriyle gerçekleştirilmiştir. Hastaların ihtiyaçları, hem hasta hem de bakım veren görüşlerini yansıtan Camberwell İhtiyaçları Değerlendirme Ölçeği (CİDÖ) temel alınarak değerlendirilmiştir. Veri toplama aracı olarak, CİDÖ'ye ek olarak, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği, Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği ve Algılanan Aile Yüğü Ölçeği kullanılmıştır.

Method: The study was carried out with 94 patients diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers. The diagnoses were established based on DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 1994) criteria. The patients' needs were evaluated with the Camberwell Assessment of Needs Scale (CAN), which reflects both the patient and the caregiver views on needs and problems. In addition, the Positive and Negative Syndrome Scale, Calgary Depression Scale for Schizophrenia, the Personal and Social Performance Scale, the Quality of Life Scale for Schizophrenia and the Perceived Family Burden Scale were used as data collection tools.

Bulgular: 'Psikotik belirtiler' en çok tespit edilen ihtiyaç olarak öne çıkarken, 'Para ve ilişkiler' ise, hastaların en mağdur oldukları ihtiyaçlar olarak belirlenmiştir. Kadın olmak, evli olmak, toplum içinde yaşamak, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olmak; daha az ihtiyaçla ilişkili bulunmuştur. Hastaların tespit ettiği ihtiyaçların %45,1, karşılanmayan ihtiyaçlarınsa %23,4'ü öngörülmüştür. Hastalara göre, 'Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve Algılanan Aile Yüğü Ölçeği'; bakım verenlere göreyse, 'PANSS-Pozitif Belirtiler Ölçeği' anlamlı yordayıcılar olarak dikkat çekmektedir.

Results: 'Psychotic symptoms' stood out as the most prevalent need to be met. 'Money' and 'intimate relations' were determined as the needs that the patients suffered most from. Being female, being married, living with families, having high school or higher education were found less associated with the needs. The variables explained 45.1% of the variance in predicting needs and 23.4% in predicting unmet needs. The Calgary Depression Scale for Schizophrenia and Perceived Family Burden Scale were significant predictors for patients and the PANSS-Positive Symptoms Scale for caregivers.

Sonuç: Şizofreni hastaları için sadece belirtileri hedef alarak yapılan tedaviler yetersiz kalmaktadır. Tedavi planlaması hastaların ihtiyaçlarına odaklanılarak yapılmalı ve tedavinin merkezinde hastaların tespit ettiği ihtiyaçlar olmalıdır. "İhtiyaç tespiti" sadece tedavinin planlanmasında değil aynı zamanda toplum akıl sağlığı hizmetlerinin planlanmasında ve hizmetlerin etkinliğinin artırılmasında önemli katkı sağlayacaktır.

Conclusion: Any treatment targeting solely the symptoms proves to be insufficient for patients with schizophrenia. Treatment planning should focus on the needs of patients and the needs identified by patients should be at the center of the treatment. A 'needs assessment' will make an important contribution not only to the planning of individual treatments but also to the planning of a community mental health services scheme and increasing its effectiveness.

Anahtar Sözcükler: Şizofreni, ihtiyaçlar, ihtiyaç tespiti, toplum, akıl sağlığı hizmetleri

Keywords: Schizophrenia, needs, needs assessment, community, mental health services

Geliş Tarihi: 23.03.2018 - **Kabul Tarihi:** 05.12.2018

¹Dr. Öğr. Üyesi, Alanya Alaaddin Keykubat Üniv.Tıp Fak., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Antalya, ²Prof., Celal Bayar Üniv., Tıp Fak., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Manisa.

ABU: <https://orcid.org/0000-0001-7056-7553>, AED: <https://orcid.org/0000-0003-4275-0478>

Dr. Abdullah Burak Uygur, e-posta: burak.uygur@alanya.edu.tr

<https://www.doi.org/10.5080/u23283>

GİRİŞ

Şizofreni, tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de büyük bir akıl sağlığı sorunudur. Hastaların kurum dışında tedavi edilmesi anlayışının benimsenmesi, şizofrenide hasta ihtiyaçlarının değerlendirilmesini oldukça önemli bir hale getirmiştir. İhtiyaç hala kesin bir tanımı olmayan belirsiz bir kavram olmakla birlikte, 'Bireylerin sosyal bağımsızlık ve yaşam kalitesini kabul edilebilir bir seviyeye getirmek ve sürmesini sağlamak için olan gereksinimler' olarak tanımlanmıştır (DHSS 1991). Sağlık hizmetleri açısından kullanışlı bir ihtiyaç tanımını yapılacak olursa, 'Sağlık bakımında kişiye bir şekilde fayda sağlayan her şeydir' (Stevens ve Gabbay 1991). Psikiyatride ihtiyaç kavramı, hizmet sunumu sağlamak ve bireysel bakım planlamak için gereklidir (Slade 1994).

İhtiyaç, dinamik ve içeriğe bağlı bir kavramdır (Netten ve Beecham 1993, Slade ve ark. 1996, Andrew ve Henderson 2000). Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ihtiyaçlarının belirlenmesi elbette ki karmaşıktır ve birçok değişken içermektedir. Yeme, içme, barınma, ısınma gibi hayatta kalmak için doyurulması şart olan fizyolojik güdüler, temel ihtiyaçlardır. Sevgi, başarı, sosyal onay, sosyal konum ise sonradan öğrenilmiş güdülerdir ve diğer ihtiyaçlardır. 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 (Maslow 2000).

Şizofreni hastaları, hastalığın kronik seyri ve yol açtığı yeti yitimi nedeniyle, sosyal ve ekonomik açılardan en çok bakıma ihtiyacı olan hasta grupları arasında yer almaktadır. Hastaların ihtiyaçları, hem klinik hem de sosyal alanlarda çeşitlilik göstermekte; fiziksel ve psikolojik sağlık, güvenlik, samimi bir ilişki, aile desteği, eğitim ve istihdamdan yaşam alanına kadar geniş bir yelpaze içerisinde dağılmaktadır. (Arvidsson 2003, Holloway 1994, Joska ve Flisher 2005, Van der Krieke ve ark. 2011, Wiersma ve ark. 2009).

Psikiyatride reform sayılabilecek, hastaların kurum dışında tedavi edilmesi anlayışının benimsenmesinden önce, hastaların ihtiyaçları kalmakta oldukları kurumlar tarafından karşılanmaktaydı. Hastaların topluma katılımı ve sosyal yaşama dönüşlerine olanak tanıyan süreç ile hastalar büyük ölçüde aileleri ile birlikte yaşamaya başlamışlardır (Haro ve ark. 1998). Hastaların aileleri ve arkadaşları, yerel yönetimler, hastaların bakımına yardımcı olmakta, ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmaktadır. Bu ihtiyaçların neler olduğu ve neler ile ilişki gösterdiği ile ilgili bilgilere gereksinim duyulmaktadır. Bu nedenle ihtiyaç ölçekleri geliştirilmiştir.

Camberwell İhtiyaçları Değerlendirme Ölçeği (CİDÖ), bu amaçla en sık kullanılan ölçektir. CİDÖ, şiddetli ruhsal rahatsızlığı olan hastalarda, özellikle şizofreni hastalarında yaygın olarak karşılaşılan sorunları, sistematik bir şekilde geniş bir yelpazede değerlendirmektedir (Phelan ve ark. 1995, Slade ve ark. 1999a, Slade ve ark. 1999b, Slade ve ark. 1996). CİDÖ, ihtiyaçlarla ilgili hem hastanın hem de bakım verenin görüşlerini yansıtmaktadır (Haro ve ark. 1998). Şizofreni hastalarında uygun tedavi yaklaşımlarını tasarlamak için ihtiyaçları belirlerken hastanın bakış açısını da, göz önünde bulundurmak, büyük önem taşımaktadır. Şizofreni hastalarının dile getirilen taleplerini karşılamak; daha iyi klinik sonuçlar, yaşam kalitesi ve işlevsellik sağlamakta böylelikle hastalık yükü de azalabilmektedir. Klinik ve psikososyal problemler alanların bireyselleştirilerek, her bir hasta için keşfi yanısıra, bakımveren ile hasta arasındaki uyumun artırılması, hastaların iyileşmesinde önemli katkı sağlamaktadır (Bellack 2006, Jose ve ark. 2015, Jorquera ve ark. 2015).

'Psikotik belirtiler, ev işleri, ilişkiler, günlük aktivite-iş, psikolojik sorunlar' çalışmalarda en sık belirlenen ihtiyaçlar olarak dikkat çekmektedir (Wiersma ve ark. 1998, Hansson ve ark. 2001, McCrone ve ark. 2001, Ochoa ve ark. 2003, Rosales 1999, Hosakova ve Hosak 2015, Ganesh ve Gupta 2017, Grover ve ark. 2015). 'Karşılanmayan ihtiyaç' verilen akıl sağlığı hizmetlerinin, yapılan yardımların, başarısız ve yetersiz olduğu ihtiyaçları anlatmaktadır. Yapılan yardım veya hizmette rağmen, ihtiyaç giderilememektedir. 'İlişkiler, psikolojik sorunlar, para' ihtiyaçların karşılanmakta en yetersiz olduğu alanlar olarak dikkat çekmekteyken; 'Yerleşim yeri, yiyecek-öğünler, psikotik belirtiler, ev işleri' ise, ihtiyaçların başarı ile karşılandığı alanlar olarak tespit edilmiştir (Ochoa ve ark. 2003, Middelboe ve ark. 2001).

Sosyodemografik değişkenler ile ihtiyaçların ilişkisi değerlendirildiğinde; bazı çalışmalarda, ihtiyaçlar ile sosyodemografik faktörler arasında herhangi bir ilişki belirlenmemiştir (Bengtsson-tops ve Hansson 1999, Ruggeri ve ark. 2004). Bununla birlikte, bazı çalışmalarda erkek hastalarda (Ochoa ve ark. 2003, Ochoa ve ark. 2005, Nakanishi ve ark. 2007, Brewin ve ark. 1987, Usall ve ark. 2002), bazı çalışmalarda işsiz hastalarda (Grinshpoon ve Ponizovsky 2008), bazı çalışmalarda da artan yaşla (Middelboe ve ark. 2001, Hansson ve ark. 1995) daha fazla ihtiyaç olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yatarak tedavi gören hastalarda, toplum içinde yaşayan hastalar ile karşılaştırıldığında, daha fazla ihtiyaç belirlenmiştir (Nakanishi ve ark. 2007). İhtiyaçların klinik değişkenler ile ilişkisi değerlendirildiğinde ise; ihtiyaçlarla, psikopatolojinin şiddeti (Bengtsson-tops ve Hansson 1999, Grinshpoon ve Ponizovsky 2008, Ochoa ve ark. 2003, Ochoa ve ark. 2005), negatif belirtiler (Grinshpoon ve Ponizovsky 2008, Ruggeri

2004) ve duygudurum belirtileri (Grinshpoon ve Ponizovsky 2008), arasında anlamlı ilişkiler belirlenmiştir.

Bütün bu çalışmalar, şizofreni hastalarının ihtiyaçlarının kültürel ve coğrafi ortama göre, büyük farklılıklar gösterdiğine dikkat çekmektedir. Bu çalışmada amacımız, şizofreni hastalarının ihtiyaçlarını tespit etmek ve ihtiyaçlar ile sosyodemografik ve klinik değişkenler arasında bağlantılar kurarak, ihtiyaçların öngörüsünü yapabilmektir. Araştırmamız özellikle akıl sağlığı hizmetlerinin planlanması ve hastaların rehabilitasyon süreçlerinin düzenlenmesine katkı sunmayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM

Çalışmamız Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi (CBÜTF) Psikiyatri Bölümü, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (MRSHH) ve Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin (MTRSM) katılımı ile, şizofreni hastaları ve birincil bakıcı konumundaki bakım verenlerini içeren kesitsel, çok merkezli bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) şizofreni tanısı olan, 18-65 yaşları arasında, şizofreni tanısı konulmasının üzerinden en az 1 yıl geçmiş olan, son 6 aydır psikotik alevlenmeyle hastaneye yatırılmamış olan aynı zamanda herhangi bir nörolojik hastalığı ve mental retardasyonu olmayan hastalar ile; hasta bakımında birincil olarak sorumlu olan, 18 yaşını doldurmuş, herhangi bir nörolojik hastalığı ve mental retardasyonu olmayan bakım verenler çalışmaya alınmıştır.

Çalışmanın izni Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra, 4 aylık süre içerisinde CBÜTF psikiyatri psikoz polikliniğine başvuran, her ayın 3. 13. ve 23. günlerinde MRSHH polikliniğine başvuran ve Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden yardım alan ve çalışmaya katılma koşullarını karşılayan hastalar ve hasta yakınları (bakım verenler) çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Hasta ve bakım verenlere araştırma hakkında bilgi verilip, aydınlatılmış onamaları yazılı olarak alınmıştır. Çalışmaya katılma koşullarını karşılayan hasta ve bakım verenlere ölçekler uygulanmıştır. CBÜTF psikiyatri polikliniğinden 35, MRSHH psikiyatri polikliniğinden 39, MTRSM'den 20, toplamda 94 hasta ve bakım verenleri çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

1. Sosyodemografik Veri Formu: Hastaların sosyodemografik verilerini ve hastalık bilgilerini almaya yönelik hazırlanmış formdur. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yaşam alanı, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastanede yatış

sayısı, çocuk sahibi olma durumu, halen çalışma durumu, aile tipi, bakım veren ve hasta arasındaki ilişkinin biçimi, bakım verenin eğitim düzeyiyle ilgili bilgiler vermektedir.

2. Camberwell İhtiyaçları Değerlendirme Ölçeği (CİDÖ): CİDÖ 22 alt başlıktan oluşan yarı yapılandırılmış bir ölçektir (Slade ve ark. 1995). 20, 21 alt başlıktan oluşan versiyonları vardır. Alt başlıkları: 'Yaşam alanı, günlük aktiviteler, iş-uğraşı, özgül psikotik belirtiler, psikolojik sorunlar, hastanın genel durumu ve tedaviyle ilgili özet bilgi düzeyi, ilaçlar, yiyecek-öğünler, ev işleriyle ilgili beceriler, öz bakım ve görünüm, öz güvenlik, diğerlerinin güvenliği, para, çocuk bakımı, bedensel sağlık, alkol, temel eğitim, ilişkiler, telefon, ulaşım, güvenceler, cinselliktir.' CİDÖ 4 bölümden oluşmaktadır:

1. bölümde, ihtiyacın olup olmaması değerlendirilmektedir. (0 = sorun yok, 1 = sorun var). Değerlendirme prosedürüne göre "0" ihtiyaç olmadığını, "1" ihtiyacın var olduğunu göstermektedir. "9" bilmiyorum yanıtı ise, veri analizinde, ihtiyaç olmadığı şeklinde değerlendirilmiştir.

2. bölümde, ihtiyaç alanında arkadaş ve akrabaların yardım düzeyi değerlendirilmektedir (0 = yardım yok, 1 = düşük düzeyde yardım, 2 = orta düzeyde yardım, 3 = ileri düzeyde yardım).

3. Bölümde yerel hizmetlerden (resmi kurumlardan) yardım alıp almadığı (0 = yardım almıyorum, 1 = yardım alıyorum) ve yerel hizmetlerin yardımına olan ihtiyaç düzeyi (0 = gerek yok, 1 = düşük düzeyde yardım, 2 = orta düzeyde yardım, 3 = ileri düzeyde yardım) değerlendirilmiştir.

4. bölümde doğru ve uygun yardımı alıp almadığı (0 = hayır almıyorum, 1 = evet alıyorum) ve aldığı yardımdan duyduğu memnuniyeti değerlendirilmiştir. (0 = memnun değil, 1 = memnun).

CİDÖ, dünyada ihtiyaç analizi konusunda doğu ve batı ülkelerinde psikiyatrik araştırmalarda en sık kullanılan değerlendirme ölçeğidir. Ayrıca ölçeğin dünyada birçok örneğinin olması, farklı ülkelerin sonuçları ile elde ettiğimiz verilerin karşılaştırılabilmesini sağlamaktadır. Çalışmamızda 20 alt başlıktan oluşan versiyonu kullanılmıştır. 'Günlük aktiviteler ve iş-uğraşı' ihtiyaç alanları birlikte değerlendirilip, 'cinsellik' ihtiyaç alanı yer almamaktadır. Ölçek Sungur ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (Sungur ve ark. 2011).

3. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS): Şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler, genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek için uygulanmaktadır (Kay ve ark. 1987). Temel uygulama grubu şizofreni veya diğer psikotik bozukluğu olan hastalardır. Toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Yedi puanlı şiddet değerlendirmesi içermektedir. Maddelerin 7 tanesi pozitif belirtileri, 7 tanesi negatif belirtileri, 16 tanesi ise, genel psikopatoloji belirtilerini içermektedir. Ölçek Türkçe'ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Kostakoğlu ve ark.1999).

4. **Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği (CŞDÖ):** Şizofreni hastalarında depresyonun varlığı ve şiddetini ekstrapiramidal ve psikotik belirtilerden bağımsız olarak ölçmek ve ayırmak üzere geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir ölçektir (Addington ve ark. 1992). Depresif duygudurum, umutsuzluk, değersizlik duygusu, suçlulukla ilgili alınma duyguları, patolojik suçluluk, sabah depresyonu, erken uyanma, özkıyım ve gözlenen depresyonu değerlendiren toplam 9 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddeye 0-3 (0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=şiddetli) arasında puan verilerek toplam puan hesaplanmaktadır Şizofreni hastalarında depresyon yönünden değerlendirme yapmak ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için uygulanmaktadır. Ölçek Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Aydemir ve ark. 2000).

5. **Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (BSPÖ):** Ağır ruhsal bozukluğu olan hastalarda sosyal işlevselliğin pratik bir biçimde ölçülmesini sağlamaktadır (Morosini ve ark. 2000). Şizofreni, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk başta olmak üzere ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara uygulanmaktadır. BSPÖ, 1 ile 100 arasında bir bireysel ve sosyal işlevsellik puanı vermekte ve yüksek puan iyi işlevselliği göstermektedir. Dört boyutta altı sıralı (yok ile çok şiddetli arasında) değerlendirme ile işlevsellik düzeyi belirlenmektedir. Bu dört boyut: sosyal açıdan yararlı etkinlikler, bireysel ve sosyal ilişkiler, öz bakım, 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 yapılmaktadır. Bu değerlendirmeler için ayrıntılı bir yönerge bulunmaktadır. Buradan yola çıkarak klinisyenin genel yargısını da hesaba katan bir işlevsellik puanı verilmektedir. Ölçek Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Aydemir ve ark. 2009).

6. **Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği (ŞYNÖ):** Şizofreni hastalarının, kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişilerarası ilişkilerinin niteliğini, mesleki rollerdeki üretkenliklerini ve günlük aktivitelerini değerlendirmektedir (Heinrich ve ark. 1984). Ölçeğin kuramsal temelini şizofreninin 'kayıp' sendromu oluşturmaktadır. Ölçekte yer alan 21 madde, şizofreninin 'kayıp' sendromundan köken almakta ve kavramsal olarak dört boyuttan birinin kapsamına girmektedir. Bu boyutlar, kişiler arası ilişkiler (1-8), mesleki rol (9-12), ruhsal bulgular (13-17, 20-21), günlük eşya kullanımı ve faaliyetlerdir (18-19). Yaşam niteliği düzeyinin saptanması, uygulanan hizmet ve tedavinin sonuçlarını değerlendirebilme olanağı sunmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, yaşam niteliğinin yüksek ve uyumun iyi ya da bozulmamış olduğunu yansıtırken, düşük puanlar yaşam niteliğinin düşük ve uyumun kötü ya da bozuk olduğunu göstermektedir. Ölçek Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Soygür ve ark. 2000).

7. **Algılanan Aile Yükü Ölçeği (AAÖ):** Şizofreni tanılı üyesi olan ailelerde, ailenin yükünü değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Levene ve ark. 1986). 24 maddeden oluşan ölçek hasta yakınları tarafından doldurulmaktadır. Öznal, 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...vb.) sayısına; öznal puan söz konusu davranışların hasta yakınına ne ölçüde rahatsızlık verdiğine göre hesaplanmaktadır. Ölçek Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Arslantaş ve ark. 2011).

İstatistiksel Analiz

Bağımsız iki 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, sağlamaması durumunda testin parametrik olmayan karşılığı Mann Whitney U testi uygulanmıştır. İki'den 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) sağlanamaması durumunda testin parametrik olmayan karşılığı Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Bağımlı iki grup ortalamalarının karşılaştırılması için; (Toplam ihtiyaç sayısı ve karşılanmamış ihtiyaç sayısı açısından hasta ve bakım veren gözlemlerinin karşılaştırılması için) grupların dağılımları uygun koşulları sağlıyorsa, bağımlı gruplar için t testi, sağlamaması durumunda testin parametrik olmayan karşılığı Wilcoxon testi uygulanmıştır. Sosyodemografik ve klinik değişkenlerle ihtiyaçların ve karşılanmamış ihtiyaçların arasındaki ilişkiyi kurabilmek, ihtiyaçların ve karşılanmamış ihtiyaçların öngörücü değişkenlerinin belirlenebilmesi için, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi uygulanmıştır. Veriler SPSS 15.00 istatistik programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir (IBM Corp. Armonk, NY. SPSS Statistics 15.0).

BULGULAR

Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1 ve 2'de gösterilmektedir. Hastaların yaklaşık üçte ikisi erkek (%69,1) ve ortalama yaşları $42,36 \pm 12,02$ 'dir. Hastaların büyük çoğunluğu bekarken (%61,7), yalnızca beşte biri evlidir (%20,2). Büyük çoğunluk toplum içinde yaşamakta iken (%62,8), %37,2'si bakımevlerinde yaşamaktadır. Ortalama eğitim süresi $8,71 \pm 3,69$ yıldır. Yalnızca yüzde %17'si halen çalışmakta iken, sadece dörtte biri çocuk sahibidir (%25,5). Ortalama hastalık başlangıç yaşı $24,73 \pm 8,67$ ve ortalama hastalık süresi $17 \pm 10,82$ yıldır.

Şizofreni tanılı 94 hastadan oluşan örnekleme, öznel ihtiyaçlar ve algılanan yardım Camberwell İhtiyaçları Değerlendirme Ölçeği (CİDÖ) ile ölçülmüştür. Toplam ihtiyaç ve karşılanmamış ihtiyaç sırası ile, hastalar tarafından $6,22 \pm 2,38$ ve $2,04 \pm 1,86$; bakım verenler tarafından $6,29 \pm 2,12$ ve $1,63 \pm 1,89$ olarak belirlenmiştir. 'Psikotik belirtiler, ev işleri, ilişkiler, günlük aktivite-iş, psikolojik sorunlar' sıklık gösteren ihtiyaç alanları olarak tespit edilmiştir. Hasta ve bakım verenlerin tespit ettikleri ihtiyaçlar benzerlik göstermektedir. Tablo 3 ve 4'te hasta ve bakım verenlerin tespit ettikleri ihtiyaçlar, karşılanan ihtiyaçlar ve karşılanmayan ihtiyaçlar gösterilmektedir.

İhtiyaçların Sosyodemografik Veriler Açısından Karşılaştırılması Bakım Verenlere Göre

Evli hastalarda; bekar hastalara göre, ortalama -1,70 ($p=0,006$), eşinden ayrılmış hastalara göre ise, -1,92 daha az ihtiyaç belirlenmiştir ($p=0,015$). (Tek yönlü ANOVA ve post-hoc tukey, tukeyb testleri ile karşılaştırılmıştır).

Lise ve üstü eğitim düzeyindeki hastalarda; ilkökul ve altı eğitim düzeyindeki hastalara göre, ortalama -1,26 ($p=0,022$), ortaokul düzeyindeki hastalara göre ise, -1,73 ($p=0,008$) daha az ihtiyaç belirlenmiştir. (Tek yönlü ANOVA ve posthoc tukey, tukeyb testleri ile karşılaştırılmıştır).

Kadın hastalarda, erkek hastalara göre ortalama -1,62 ($p=0,0001$) daha az ihtiyaç belirlenmiştir. (Bağımsız gruplar için t testi ile karşılaştırılmıştır).

Bakımevinde yaşayan hastalarda; anne-babasıyla yaşayan hastalara göre, ortalama 1,62 ($p=0,001$), anne-babası dışındaki 1. derece akrabaları ile yaşayan hastalara göre ise, 2,27 ($p=0,0001$) daha fazla ihtiyaç belirlenmiştir. (Tek yönlü ANOVA ve post-hoc tukey, tukeyb testleri ile karşılaştırılmıştır).

Bakımevinde yaşayan hastalarda; anne-babası ile yaşayan hastalara göre, ortalama -2,14 ($p=0,0001$), anne-babası dışındaki 1. derece akrabaları ile yaşayan hastalara göre ise, -1,86 ($p=0,0001$) daha az karşılanmamış ihtiyaç belirlenmiştir. (Kruskal wallis ve Mann-Whitney U testleri ile karşılaştırılmıştır).

Hastalara Göre

Kadın hastalarda, erkek hastalara göre ortalama, -1,81 ($p=0,0001$), daha az ihtiyaç belirlenmiştir. (Bağımsız gruplar için t testi ile karşılaştırılmıştır). Diğer karşılaştırmalarda ise istatistiksel anlamlılık belirlenmemiştir.

İhtiyaçların Öngörüsü İçin Regresyon Analizleri

İkisi hasta ve bakım verenlerin tespit ettiği ihtiyaçlar (Tablo 5) ve ikisi de hasta ve bakım verenlerin tespit ettiği

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	N	%
Cinsiyet		
Kadın	29	30,9
Erkek	65	69,1
Eğitim durumu		
Okur-yazar	5	5,3
İlkokul mezunu	30	31,9
Ortaokul mezunu	19	20,2
Lise mezunu	26	27,7
Üniversite mezunu	14	14,9
Medeni durum		
Evli	19	20,2
Bekar	58	61,7
Boşanmış veya eşi vefat etmiş	17	18,1
Yaşam alanı		
Anne ve babası ile yaşayanlar	37	39,4
Eşi, çocuğu veya kardeşi ile yaşayanlar	19	20,2
Bakımevinde yaşayanlar	35	37,2
Yalnız yaşayanlar	3	3,2
Çocuk sahibi olma durumu	24	25,5
Halen çalışma durumu	16	17
Çekirdek aile tipi	81	86,2
Bakımverenlerin eğitim durumu		
Okur-yazar değil	5	5,3
Okur-yazar	4	4,3
İlkokul mezunu	26	27,7
Ortaokul mezunu	13	13,8
Lise mezunu	39	41,5
Üniversite mezunu	7	7,4

Örneklem büyüklüğü, N=94.

Yüzde hesaplamalarında payda olarak, örneklem büyüklüğü olan 94 alınmıştır.

Tablo 2. Hastaların Klinik Özellikleri

	Ortalama	Standart Sapma (SS)
Yaş	42,36	12,02
Hastalığın başlangıç yaşı	24,73	8,67
Hastalık süresi, yıl olarak	17	10,82
Hastanede yatış sayısı	4,62	3,95
Eğitim süresi, yıl olarak	8,71	3,69
BSPÖ-toplam puanı	58,08	18,33
CŞDÖ-toplam puanı	1,90	3,02
PANSS-pozitif belirtiler puanı	11,75	4,66
PANSS-negatif belirtiler puanı	13,06	5,59
PANSS-genel psikopatoloji puanı	22,60	6,50
PANSS-Toplam puanı	47,42	13,96
AAYÖ-sübjektif puanı	11,87	11,01
AAYO-objektif puanı	5,15	4,03
AAYÖ-toplam puanı	17,03	14,93
ŞYNÖ-kişiler arası ilişkiler puanı	23,75	7,67
ŞYNÖ-mesleki rol puanı	13,11	5,17
ŞYNÖ-günlük eşya puanı	6,87	2,17
ŞYNÖ-ruhsal bulgular puanı	25,64	6,47
ŞYNÖ-toplam puanı	69,39	19,65

Örneklem büyüklüğü, N=94. Değerler ortalama±standart sapma (SS) değerleri ile birlikte sunulmuştur. PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, ŞYNÖ: Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği, AAYÖ: Algılanan Aile Yükü Ölçeği, CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, BSPÖ: Bireysel Sosyal Performans Ölçeği.

Tablo 3. Her Bir İhtiyaç Alanına Göre, Hastaların Tespit Ettiği Toplam, Karşılanmış ve Karşılanmamış İhtiyaçların Dağılımı

İhtiyaç Alanları	Toplam İhtiyaçlar		Karşılanan İhtiyaçlar		Karşılanan/Top. İhtiyaç Oranı	Karşılanmayan İhtiyaçlar		Karşılanmayan/Top. İhtiyaç Oranı
	N	%	N	%	%	N	%	%
Psikotik belirtiler	84	89,4	72	76,6	85,7	12	12,8	14,3
Ev işleri	64	68,1	58	61,7	92,1	6	6,4	7,9
Yakın ilişkiler	59	62,8	35	37,2	59,3	24	25,5	40,7
Günlük aktivite, iş	54	57,4	41	43,6	75,9	13	13,8	24,1
Psikolojik sorun	54	57,4	39	41,5	72,2	15	16	27,8
Para	40	42,6	4	4,3	10	36	38,3	90
Öz güvenlik	39	41,5	24	25,5	61,5	15	16	38,5
Yiyecek	36	38,3	31	33	86,1	5	5,3	13,9
Yerleşim yeri	36	38,3	19	20,2	52,8	17	18,1	47,2
Bedensel sağlık	22	23,4	17	18,1	77,3	5	5,3	22,7
Güvenceler	17	18,1	4	4,3	23,5	13	13,8	76,5
Diğer. güvenliği	16	17	12	12,8	75	4	4,3	25
Telefon	15	16	8	8,5	53,3	7	7,4	46,7
Eğitim	10	10,6	7	7,4	70	3	3,2	30
Bilgi	7	7,4	5	5,3	71,4	2	2,1	28,6
Toplu taşıma	5	5,3	4	4,3	80	1	1,1	20
İlaçlar	4	4,3	2	2,1	50	2	2,1	50
Alkol	2	2,1	1	1,1	50	1	1,1	50
Çocuk bakımı	2	2,1	0	0	0	2	2,1	100
Öz bakım	1	1,1	1	1,1	100	0	0	0

Camberwell İhtiyaçları Değerlendirme Ölçeği (CİDÖ), Bölüm 1. Örneklem büyüklüğü N=94. (Top: Toplam).

Tablo 4. Her Bir İhtiyaç Alanına Göre, Bakım Verenlerin Tespit Ettiği Toplam, Karşılanmış ve Karşılanmamış İhtiyaçların Dağılımı

İhtiyaç Alanları	Toplam İhtiyaçlar		Karşılanan İhtiyaçlar		Karşılanan/Top. İhtiyaç Oranı	Karşılanmayan İhtiyaçlar		Karşılanmayan/Top. İhtiyaç Oranı
	N	%	N	%	%	N	%	%
Psikotik bel.	85	90,4	78	83	85,7	7	7,4	8,2
İlişkiler	70	74,5	49	52,1	92,1	21	22,3	30
Ev işleri	63	67	56	59,6	59,3	7	7,4	9,7
Günlük akt. iş	58	61,7	45	47,9	75,9	13	13,8	22,4
Psik. sorunlar	58	61,7	44	46,8	72,2	14	14,9	24,1
Para	41	43,6	6	6,4	10	35	37,2	85,4
Öz güvenlik	39	41,5	25	26,6	61,5	14	14,9	35,9
Yiyecek	37	39,4	36	38,3	86,1	1	1,1	2,7
Yerleşim yeri	36	38,3	35	37,2	52,8	1	1,1	2,8
Beden. sağlık	22	23,4	17	18,1	77,3	5	5,3	22,7
Diğer. güven.	19	20,2	12	12,8	23,5	7	7,4	36,8
Güvenceler	17	18,1	2	2,1	75	15	16	88,2
Bilgi	10	10,6	9	9,6	53,3	1	1,1	10
Telefon	10	10,6	8	8,5	70	2	2,1	20
Eğitim	9	9,6	7	7,4	71,4	2	2,1	22,2
İlaçlar	6	6,4	3	3,2	80	3	3,2	50
Toplu taşıma	5	5,3	2	2,1	50	3	3,2	60
Öz bakım	4	4,3	2	2,1	50	2	2,1	50
Alkol	2	2,1	1	1,1	0	1	1,1	50
Çocuk bakımı	1	1,1	1	1,1	100	0	0	0

Camberwell İhtiyaçları Değerlendirme Ölçeği (CİDÖ), Bölüm 1. Örneklem büyüklüğü N=94. (Top: Toplam, Bel: Belirti, Akt: Aktivite, Psik: Psikolojik).

Tablo 5. Hasta ve Bakım Verenlerin Tespit Ettiği, Toplam İhtiyaç Sayısı İçin Oluşturulan Regresyon Modelleri ve Bu Modellerdeki Değişkenlerin β Bağını Katsayıları

Hastalara göre Yordayıcılar	R	R kare	Düzeltilmiş R kare	R kare Değişimi	F Değişimi	p	β katsayıları
	Yaşam alanı	,251	,063	,052	,063	5,650	,020
Cinsiyet	,416	,173	,153	,110	11,021	,001	,290***
CŞDÖ toplam puanı	,581	,338	,313	,165	20,384	,0001	,307***
AAYÖ toplam puanı	,649	,421	,393	,084	11,733	,001	,217*
PANSS-pozitif belirtiler puanı	,672	,451	,417	,030	4,359	,040	,207*

Bakımverene Göre Yordayıcılar	R	R kare	Düzeltilmiş R kare	R kare Değişimi	F Değişimi	p	β katsayıları
	Yaşam alanı	,426	,182	,172	,182	18,635	,0001
Cinsiyet	,530	,281	,263	,099	11,428	,001	,220**
PANSS-pozitif belirtiler puanı	,705	,496	,478	,215	35,134	,0001	,190*
BSPÖ toplam puanı	,758	,574	,553	,078	14,774	,0001	-,537***
PANSS-negatif belirtiler puanı	,782	,611	,587	,037	7,593	,007	-,344***
CŞDÖ toplam puanı	,804	,646	,619	,035	7,858	,006	,210**
AAYÖ toplam puanı	,821	,673	,644	,027	6,454	,013	,206*

Örneklem büyüklüğü, N=94, r: pearson bağıntı katsayısı, p: anlamlılık p<0,05*; p<0,01**; p<0,001*** Hastanın belirlediği Regresyon Modeli, R=0,672; R kare=0,451; F=13,157; p=0,0001; ANOVA. Bakım verenin belirlediği Regresyon Modeli, R=0,821; R kare=0,673; F=22,957; p=0,0001; ANOVA. Standardize edilmiş β katsayıları için istatistiksel anlamlılık: p<0,05*; p<0,01**; p<0,001*** CŞDÖ: Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği, AAYÖ: Algılanan Aile Yükü Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, BSPÖ: Bireysel Sosyal Performans Ölçeği.

karşılanmamış ihtiyaçlar için (Tablo 6) olmak üzere, dört farklı model oluşturulmuştur.

İlk olarak hastaların tespit ettiği ihtiyaçlar, bağımlı değişken olacak şekilde, regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon modeli varyansın %45,1'ini açıklamaktadır (Tablo 5). Yaşam alanı varyansın %6,3 (p=0,020), cinsiyet %11 (p=0,001), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği %16,5 (p=0,0001), Algılanan Aile Yükü Ölçeği %8,4 (p=0,001), PANSS-Pozitif Belirtiler Ölçeği ise, %3'ünü açıklamaktadır (p=0,04). Değişkenlerin β bağıntı katsayıları değerlendirildiğinde, hastaların tespit ettiği ihtiyaçlar ile; yaşam alanının bakımevi olması %25 (p=0,008), erkek hasta olmak %29 (p=0,001), Calgary

Şizofrenide Depresyon Ölçeği %30,7 (p=0,001), Algılanan Aile Yükü Ölçeği %21,7 (p=0,024), PANSS-Pozitif Belirtiler Ölçeği ise %20,7 (p=0,040) düzeyinde, pozitif yönde ilişki göstermektedir.

İkinci regresyon modelinde, bakım verenlerin tespit ettiği ihtiyaçlar bağımlı değişken olacak şekilde regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon modeli varyansın %67,3'ünü açıklamaktadır (Tablo 5). Yaşam alanı varyansın %18,2 (p=0,0001), cinsiyet %9,9 (p=0,001), PANSS-Pozitif Belirtiler Ölçeği %21,6 (p=0,0001), Bireysel Sosyal Performans Ölçeği %7,8 (p=0,0001), PANSS-Negatif Belirtiler Ölçeği %3,7 (p=0,007), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği %3,5 (p=0,006), Algılanan Aile Yükü Ölçeği ise, %2,7'sini

Tablo 6. Hasta ve Bakım Verenlerin Tespit Ettiği, Karşılanmamış İhtiyaç Sayısı İçin Oluşturulan Regresyon Modelleri ve Bu Modellerdeki Değişkenlerin β Bağını Katsayıları

Hastaların Belirlediği Yordayıcılar	R	R kare	Düzeltilmiş R kare	R kare Değişimi	F Değişimi	p	β katsayıları
	AAYÖ toplam puanı	,439	,193	,183	,193	20,099	,0001
PANSS-genel psikopatoloji puanı	,484	,234	,216	,041	4,448	,038	,226*

Bakımverenlerin Belirlediği Yordayıcılar	R	R kare	Düzeltilmiş R kare	R kare Değişimi	F Değişimi	p	β katsayıları
	Yaşam alanı	,562	,316	,308	,316	38,819	,0001
Cinsiyet	,592	,350	,334	,034	4,344	,040	,150*
PANSS-pozitif belirtiler puanı	,725	,526	,509	,176	30,419	,0001	,302***
AAYÖ toplam puanı	,767	,588	,567	,062	12,146	,001	,282***

Örneklem büyüklüğü N=94, r: pearson bağıntı katsayısı, p: anlamlılık p<0,05*; p<0,01**; p<0,001*** Hastanın belirlediği Regresyon Modeli, R=0,484; R kare=0,234; F=12,686; p=0,0001; ANOVA. Bakım verenin belirlediği Regresyon Modeli, R=0,767; R kare=0,588; F=28,872; p=0,0001; ANOVA. Standardize edilmiş β katsayıları için istatistiksel anlamlılık: p<0,05*; p<0,01**; p<0,001*** AAYÖ: Algılanan Aile Yükü Ölçeği, PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği.

açıklamaktadır (p=0,013). Değişkenlerin β bağıntı katsayıları değerlendirildiğinde, bakım verenlerin tespit ettiği ihtiyaçlar ile; yaşam alanının bakımevi olması %20,1 (p=0,021), hastanın erkek olması %22 (p=0,002), PANSS-Pozitif Belirtiler Ölçeği %19 (p=0,021), Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği %21 (p=0,005), Algılanan Aile Yüğü Ölçeği %20,6 (p=0,013) düzeyinde pozitif yönde ilişki göstermekte iken; Bireysel Sosyal Performans Ölçeği %53,7 (p=0,0001) ve PANSS-Negatif Belirtiler Ölçeği %34,4 (p=0,001) düzeyinde, negatif yönde ilişki göstermektedir.

Üçüncü regresyon modelinde, hastaların tespit ettiği karşılanmamış ihtiyaçlar bağımlı değişken olacak şekilde regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon modeli varyansın %23,4'ünü açıklamaktadır (Tablo 6). Algılanan Aile Yüğü Ölçeği, varyansın %19,3 (p=0,0001), PANSS Genel Psikopatoloji Ölçeği ise %4,1'ini açıklamaktadır (p=0,038). Değişkenlerin β bağıntı katsayıları değerlendirildiğinde; hastaların tespit ettiği karşılanmamış ihtiyaçlar ile, Algılanan Aile Yüğü Ölçeği %34 (p=0,002) ve PANSS Genel Psikopatoloji ölçeği %22,6 (p=0,038) düzeyinde, pozitif yönde ilişki göstermektedir.

Dördüncü regresyon modelinde, bakım verenlerin tespit ettiği karşılanmamış ihtiyaçlar bağımlı değişken olacak şekilde regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon modeli varyansın %58,8'ini açıklamaktadır (Tablo 6). Yaşam alanı, varyansın %30,8 (p=0,0001), cinsiyet %3,4 (p=0,04), PANSS-Pozitif Belirtiler Ölçeği %17,6 (p=0,0001) ve Algılanan Aile Yüğü Ölçeği ise %6,2'sini (p=0,001) açıklamaktadır. Değişkenlerin β bağıntı katsayıları değerlendirildiğinde; bakım verenlerin tespit ettiği karşılanmamış ihtiyaçlar ile, hastanın erkek olması %15 (p=0,043), PANSS-Pozitif Belirtiler Ölçeği %30,2 (p=0,0001) ve Algılanan Aile Yüğü Ölçeği %28,2 (p=0,001) düzeyinde, pozitif yönde ilişki göstermekte iken; hastanın bakımevinde yaşaması %64,7 (p=0,0001) düzeyinde, negatif yönde ilişki göstermektedir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda şizofreni hastalarında ortalama ihtiyaç, 6 civarında bulunmuştur. Hastalara göre bu ihtiyaçların üçte biri, bakım verenlere göre ise dörtte biri karşılanmamaktadır. Hasta ve bakım verenlerin tespit ettikleri ihtiyaçlar benzerlik göstermektedir. 'Psikotik belirtiler' en çok tespit edilen ihtiyaç olarak öne çıkmaktadır. Psikotik belirtiler dışında, 'Ev işleri, ilişkiler, günlük aktivite-iş, psikolojik sorunlar' diğer sıklık gösteren ihtiyaçlardır (Tablo 3 ve 4). Bu bulgu, şizofreni hastalarının ihtiyaçlarını araştıran pek çok çalışma ile tutarlılık göstermektedir (Wiersma ve ark. 1998, Hansson ve ark. 2001, McCrone ve ark. 2001, Ochoa ve ark. 2003, Rosales 1999, Hosakova ve Hosak 2015, Ganesh ve Gupta 2017, Grover ve ark. 2015). Ayrıca diğer çalışmalarda bedensel sağlık (Wiersma ve ark. 1998, Hansson ve ark. 2001), hastanın genel durum ve tedavisi ile ilgili bilgi düzeyi (Wiersma ve ark.

1998, Hansson ve ark. 2001) ve yiyecek-öğünler (Ochoa ve ark. 2003) diğer yaygın ihtiyaçlar olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise, 'Para, öz güvenlik, yerleşim yeri ve yiyecek-öğünler' diğer yaygın ihtiyaçlardır (Tablo 3 ve 4).

Karşılanan ihtiyaçlar, sağlık sisteminin başarısının bir belirteci olarak görülebilir. 'Karşılanan ihtiyaç' kavramı ile, hastaların ailelerinden, arkadaşlarından veya sağlık sisteminden aldıkları bir yardım veya hizmet sayesinde, bir ihtiyaçlarının giderilmesi anlaşılmaktadır. Çalışmamızda hastalara göre, ihtiyaçların en yüksek oranda karşılandığı alanlar, sırası ile, 'Psikotik belirtiler, ev işleri, günlük aktivite-iş, psikolojik sorunlar' olarak tespit edilmiştir. Bakım verenlere göre ise, bu ihtiyaçların yanına 'Yerleşim yeri ve yiyecek-öğünlerin' eklendiği görülmektedir (Tablo 3 ve 4). Bu bulgu da, önceki çalışmalar ile uyum göstermektedir (Mideelboe ve ark. 2001, McCrone ve ark. 2001, Ochoa ve ark. 2003, Grover ve ark. 2015, Hosakova ve Hosak 2015, Ganesh ve Gupta 2017).

'Para ve ilişkiler' ise, hastalara göre, en mağdur oldukları ihtiyaçlar olarak tespit edilmiştir. Bu iki ihtiyaç alanında, hastaların beşte birinden fazlasında karşılanmamış ihtiyaç belirlenmiştir. Bakım verenler ile hastalar, bu konuda hemfikirlerdir. Diğer göze çarpan karşılanmamış ihtiyaç alanları, sırası ile, 'Yerleşim yeri, öz-güvenlik, psikolojik sorunlar, güvenceler' olarak tespit edilmiştir (Tablo 3 ve 4). Önceki çalışmalarda da benzer bulgular tespit edilmiştir (Mideelboe ve ark. 2001, Ochoa ve ark. 2003, Grover ve ark. 2015, Ganesh ve Gupta 2017).

Çalışmamızın amacı; belirlemiş olduğumuz ihtiyaçlar ve karşılanmayan ihtiyaçlar ile, sosyodemografik ve klinik değişkenler arasında bağlantılar kurarak, ihtiyaçların ve karşılanmayan ihtiyaçların öngörüsünü yapabilmektir. İhtiyaç öznel bir kavramdır (DHSS 1993). Sosyal açıdan bakıldığında ihtiyaç, sadece tek bir bakış açısının doğru olduğu bir kavram değildir (Slade 1994). Hasta ve bakım verenler bu değerlendirmelerdeki iki temel unsurdur. Gerçekleştirilen çalışmalarda hasta ve bakım verenler arasında tam bir tutarlılık söz konusu değildir. İhtiyaçları, özellikle de karşılanmayan ihtiyaçları tespit ederken, bakım verenler ile hastalar arasında sıklıkla uyumsuzluklar gözlenebilmektedir (Slade ve ark. 1998, Middelboe ve ark. 1998, Hansson ve ark. 2001, Ochoa ve ark. 2003, Ochoa ve ark. 2005). Hasta ve bakım verenlerin görüşleri kültürel, sosyal, eğitsel farklılıklardan ötürü farklı olabilmektedir (Slade ve ark. 1998). Tamamıyla objektif bir ihtiyaç değerlendirmesi olmayacağı, göz önünde bulundurulursa, hem hastanın hem de bakım verenin bakış açısı dikkate alınarak ve farklılıkları karşılaştırılarak yapılan değerlendirmeler, hastaların ihtiyaçları için en uygun yaklaşımı ortaya koyacaktır. Bu nedenle çalışmamızda, hasta ve bakım verenler için ayrı ayrı öngörü modelleri oluşturulmuştur.

İhtiyaçların ve karşılanmayan ihtiyaçların; sırası ile, hastalara göre %45 ve %23, bakım verenlere göre ise %67 ve

%58'i öngörülmüştür (Tablo 5 ve 6). Benzer çalışmalarda ise, varyansın yalnızca %11 ile %30'u arası öngörülebilmektedir. Çalışmamızda yer alan psikopatoloji, işlevsellik ve yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler, Ochoa ve arkadaşları (2003) ile Middelboe ve arkadaşlarının (2003) gerçekleştirdiği çalışmalarda da var olmakla birlikte, duygudurumu ve aile yükünü de değerlendiren ölçekler sadece bizim çalışmamızda yer almaktadır. Çalışmamızın ihtiyaçları etkileyebilecek daha fazla değişken içermesi, varyansın daha büyük bir kısmını açıklamamızı sağlıyor görünmektedir.

Çalışmamızda kadın olmak, evli olmak, toplum içinde yaşamak, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olmak; daha az ihtiyaç ile ilişkili bulunmuştur. Bu saptamalar, şizofrenide ihtiyaçlar ile ilgili yapılan pek çok çalışma ile paralellik göstermektedir (Ochoa ve ark. 2003, Ochoa ve ark. 2005, Nakanishi ve ark. 2007, Brewin ve ark. 1987, Usall ve ark. 2002, Wiersma ve ark. 1998, Wiersma ve ark. 2006, Ruggeri ve ark. 2004, Ernest ve ark. 2012).

Yazında, korumalı evlerde ve bakımevlerinde yaşayan hastalarda daha fazla ihtiyaç ve karşılanmamış ihtiyaç olması sık vurgulanmıştır (Slade ve ark. 1998, Hansson ve ark. 2001, Nakanishi ve ark. 2007). Çalışmamızda da bakımevinde yaşayan hastalarda, toplum içinde yaşayan hastalara kıyasla, daha fazla ihtiyaç belirlenmiştir ($p=0,0001$). Buna karşın bakımevinde yaşayan bu hastaların, toplum içinde yaşayan hastalara göre, daha az karşılanmamış ihtiyaçları olması ($p=0,0001$), gerçekleştirilen diğer çalışmalar ile tutarsızlık göstermektedir. Bu durumu iki şekilde yorumlayabiliriz; ya hasta ile çok daha güçlü duygusal bağları olan birinci derece yakınları, hastanın ilgili ihtiyaç alanındaki durumunu 'aşırı değerlendirerek' ihtiyaç gerçekte giderilmesine rağmen, karşılanmamış olarak değerlendirmekte ya da ülkemizdeki bakımevi çalışanları, hastanın ihtiyacı tam olarak giderilmediği halde, karşılanmış gibi değerlendirebilmektedir. Bakım verenlere (Hem ailelere hem de bakımevi çalışanlarına), hastaların özellikle karşılanmamış ihtiyaçlarını, doğru bir şekilde belirleyebilmeleri ve hastalara bu ihtiyaçlara göre yardımcı olabilmeleri için, akıl sağlığı çalışanları tarafından verilecek kısa ve etkin bir eğitimle, hastaların tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine önemli katkı sağlanabilecektir.

Şizofrenide, hastalığın doğasından ötürü, bazen ayırt edilmekte zorlanılan depresif belirtilerin de hastaların ihtiyaçları ile oldukça ilişkili olduğu görülmektedir. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği hastaların tespit ettiği ihtiyaçlarda varyansın %16,5'ini açıklayarak, bu alandaki en yordayıcı değişken olmuştur ($p=0,0001$). Grinshpoon ve Ponizovsky'nin gerçekleştirdiği çalışmada da benzer bulgular tespit edilmiştir (2008). Hekimlerin depresif belirtileri tanıyıp, doğru ve uygun şekilde tedavi etmeleri, hastaların ihtiyaçlarını da azaltabilecek gibi görünmektedir. PANSS-Pozitif Belirtiler Ölçeği ise, bakım verenlerin tespit ettiği ihtiyaçlarda varyansın %21,5 ve karşılanmamış ihtiyaçlarda ise %17,6'sını açıklayarak, bu

alanlardaki en yordayıcı değişken olmuştur ($p=0,0001$). Bu bulgu da, önceki pek çok çalışma ile uyum göstermektedir (Bengtsson-tops ve Hansson 1999, Grinshpoon ve Ponizovsky 2008, Ochoa ve ark. 2003, Middelboe ve ark. 2001, Ruggeri ve ark. 2004, Nakanishi ve ark. 2007). Hastalığın klinik belirtileri, bakım verenler için, hastalara kıyasla çok daha büyük önem arz ediyor görünmektedir.

Öngörmekte en başarısız olunan model, hastaların tespit ettiği karşılanmamış ihtiyaçlardır. Varyansın yalnızca %23,4'ü açıklanabilmiştir (Tablo 6). Bu alanda, varyansın %19,3'ünü açıklayan Algılanan Aile Yüku Ölçeği en yordayıcı değişken olmuştur ($p=0,0001$). Bakım verenlerin yükü arttıkça, ihtiyaçlar da artmaktadır. Ernest ve arkadaşları (2012) ile Kulhara ve arkadaşlarının (2010) Hindistan'da gerçekleştirdiği çalışmalarda da benzer bulgular tespit edilmiştir. Batı toplumlarına kıyasla, ülkemiz de dahil olmak üzere doğu toplumlarında, şizofreni hastalarının aileleri, hasta bakımında çok önemli rol oynamaktadır. Çalışmalarda şizofreni hastalarına bakım verenlere; psikososyal yaklaşımların, özellikle sosyal işlevsellik, aile ilişkileri ve yaşam kalitesini artırma yönlerinden yararlı olduğu gösterilmiştir (Doğan ve ark. 2002). Bu da, şizofrenide aile yükünü azaltmak için yapılan çalışmaların ne kadar değerli ve etkin olduğunu göstermektedir. Toplum akıl sağlığı hizmetlerinde, aileler için de kesinlikle bir alt başlık oluşturulup, aileler için de daha etkin çalışmalar yürütülmelidir.

Gerçekleştirilen diğer çalışmalarda bakım veren olarak sadece sağlık kurumu çalışanları yer almış, aileler yer almamıştır. Çalışmamız hem toplum içinde, hem de yatılı olarak bakımevlerinde yaşayan hastaları içermekte; bakım veren olarak da hem aileler hem de sağlık kurumu çalışanları yer almaktadır. Böylelikle, farklı hasta ve bakım veren gruplarının, ihtiyaçlar ve karşılanmayan ihtiyaçlar açısından karşılaştırılması sağlanabilmiştir. Bu çalışmanın bulguları, şizofreni hastalarının hem tedavi planlaması hem de psikososyal rehabilitasyonu için katkı sunmaktadır. Şizofreni hastaları için sadece belirtileri hedef alarak yapılan tedaviler yetersiz kalmaktadır. Tedavi planlaması hastaların ihtiyaçlarına odaklanılarak yapılmalı ve tedavinin merkezinde hastaların tespit ettiği ihtiyaçlar olmalıdır. İhtiyaçların ve karşılanmamış ihtiyaçların tespiti, aynı zamanda akıl sağlığı hizmetlerinin planlanmasında ve hizmetlerin etkinliğinin artırılmasında önemli katkı sağlayacaktır.

Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Bulgularımız ile değişkenler arasındaki bağlantılar incelenmiştir. Nedensellik çıkarımları yapabilmek ancak aynı hasta grubunun takip çalışmaları ile mümkün olacaktır. Çalışmamızda örnekleme doğru belirleyebilmek için, sadece kendi üniversite hastanemizden değil, Manisa'da ruh sağlığı hizmeti verilen diğer kurumlardan (MTRSM ve MRSHH) da hastalar çalışmaya alınmıştır. Her üç kurumdan da en az 30 hasta alınması hedeflenmiştir. Manisa Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne devam eden şizofreni tanılı hasta sayısı 20 olduğu için, bu kurumdan alınan hasta sayısı 20'de kalmıştır. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Hastanesi polikliniğinden çalışmaya alınan 39 hastanın 35'i bakımevlerinde yaşamaktadır. Çalışmada uygulanan testlerin süresi ve bazı testlerin hem hastalara hem de bakım verenlere yapılması, polikliniğe aileleri ile gelen hasta ve yakınlarında, daha önce tanımadıkları biri ile çalışmaya katılma konusunda isteksizliğe, bu nedenle de MRSHH'den istenilen sayıda ayaktan hastanın çalışmada yer alamamasına yol açmıştır. Örneklemimizdeki 94 hastanın 29'u kadın, 65'i erkektir. Şizofreni hastalarında kadın erkek oranının eşit olduğunu düşünülünce, bu durum da, evrenle uyumsuzluk göstermektedir.

Son söz olarak; Türkiye'de yaşayan şizofreni hastalarının ihtiyaçları üzerine bir araştırma eksikliği söz konusudur. Çalışmamız ülkemizde yapılmış, şizofreni hastalarının ihtiyaçları ve ihtiyaçlar üzerine etkili olası etmenleri bir arada değerlendiren ilk çalışmadır. Evli olmak, kadın olmak, toplum içinde yaşamak, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olmak; daha az ihtiyaç ile ilişkili bulunmuştur. İhtiyaçların öngörüsü için, hastalara göre, 'Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği ve Algılanan Aile Yüğü Ölçeği'; bakım verenlere göre ise, 'PANSS-Pozitif Belirtiler Ölçeği' anlamlı yordayıcılar olarak dikkat çekmektedir.

KAYNAKLAR

- Addington D, Addington J, Tyndale EM ve ark. (1992) Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 6:201-8.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)* (Çev. ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2002.
- Andrew G ve Henderson S (2000) *Unmet Need in Psychiatry*. London, U.K.: Cambridge University Press.
- Arslantas H, Adana F, Dereboy F ve ark. (2011) Algılanan Aile Yüğü Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Arch Neuropsychiatry* 48:53-8.
- Arvidsson H (2003) Met and unmet needs of severely mentally ill persons: The Psychiatric Care Reform in Sweden. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38: 373-9.
- Aydemir Ö, Danacı AE, Devci A ve ark. (2000) Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *Arch Neuropsychiatry* 37:82-6
- Aydemir Ö, Üçok A, Danacı AE ve ark. (2009) Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği'nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması *Psychopharmacol Bull* 19:93-100.
- Bellack AS (2006) Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull.* 32:432-42.
- Bengtsson-tops A, Hansson L (1999) Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 10:513-8.
- Brewin CR, Wing JK, Mangan SP ve ark. (1987) Principles and practice of measuring needs in the longterm mentally ill: MRC needs for care assessment. *Psychol Med* 17:971-81.
- Department of Health Social Services Inspectorate. *Care Management and Assessment: Practitioners' Guide*. London, England: HMSO, 1991.
- Department of Health (1993). *Health of the Nation Key Area Handbook: Mental Illness*. HMSO: London.
- Doğan O, Doğan S, Tel H ve ark. (2002) Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Derg* 3:133-9.
- Ernest S, Nagarajan G, Jacob KS ve ark. (2012) Assessment of need of patients with schizophrenia: A study in Vellore, India. *Int J Soc Psychiatry* 59: 752-6.
- Ganesh K, Gupta S (2017) Comparison of unmet needs of patients on treatment of schizophrenia perceived by patients and their family caregivers. *Indian J Soc Psychiatry* 33:181-6.
- Grinshpoon A, Ponizovsky AM (2008) The relationships between need profiles, clinical symptoms, functioning and well-being of inpatients with severe mental disorders. *J Eval Clin Pract* 14:218-25.
- Grover S, Avasthi A, Shah S ve ark. (2015) Indian psychiatric society multicentric study on assessment of health-care needs of patients with severe mental illnesses as perceived by their family caregivers and health-care providers. *Indian J Psychiatry* 57:181-9.
- Hansson L, Bjorkman T, Svensson B (1995) The assessment of needs in psychiatric patients: interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross-sectional study. *Acta Psychiatr Scand* 92:285-93.
- Hansson L, Viding H, Mackeprang T ve ark. (2001) Comparison on key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: A Nordic multicentre study. *Acta Psychiatr Scand* 103: 45-51.
- Haro J.M, Salvador-Carulla L, Cabas J ve ark. (1998) PSICOST group. Mental health services utilisation and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *Br J Psychiatry* 173:334-40.
- Heinrichs DW (1984) The Quality of Life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 10: 388-98.
- Holloway F (1994) Need in community psychiatry: A consensus is required. *Psychiatric Bull* 18:321-3.
- Hosáková J ve Hosák L (2015) Needs of Hospitalized Schizophrenic Patients in the North Moravia and the Czech Part of Silesia. *Acta medica (Hradec Kralove)*, 2015; 58:104-7.
- IBM Corp. Armonk, NY. SPSS Statistics 15.0.
- Jorquera N, Alvarado R, Libuy N ve ark. (2015) Association between unmet needs and clinical status in patients with first episode of schizophrenia in Chile. *Front Psychiatry* 6: 57.
- Jose D, Ramachandra Lalitha K, Gandhi S ve ark. (2015) Consumer perspectives on the concept of recovery in schizophrenia: a systematic review. *Asian J Psychiatr* 14: 13-8.
- Joska J, Flisher AJ (2005) The assessment of need for mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:529-39.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA (1987) Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 13:261-76.
- Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark. (1999) Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikol Derg* 14:23-32.
- Kulhara P, Avasthi A, Grover S ve ark. (2010) Needs of Indian schizophrenia patients: an exploratory study from India. *Soc Psychiatr Epidemiol* 45: 809-18.
- Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV (1996) The perceived Family Burden Scale: Measurement and Validation. *Schizophr Res* 22:151-7.
- Maslow A, (2000) *İnsan olmanın psikolojisi, Kuraldışı Yayınları*.
- McCrone P, Leese M, Thornicroft G ve ark. (2001) The EPSILON study group. A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: The EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 103:370-9.
- Middelboe T, Mackeprang T, Thalsgaard A ve ark. (1998) A housing support programme for the mentally ill: need profile and satisfaction among users. *Acta Psychiatr Scand.* 98:321-7.
- Middelboe T, Mackeprang T, Hansson L ve ark. (2001) The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *Eur Psychiatry* 16:207-14.
- Morosini PL, Magliano L, Brambilla L ve ark. (2000) Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand* 101:323-9.
- Nakanishi M, Setoya Y, Kodaka M ve ark. (2007) Symptom dimensions and needs of care among patients with schizophrenia in hospital and the community. *Psychiatry Clin Neurosci* 61:495-501.

- Netten A, Beecham J (1993) Costing Community Care. Aldershot, England: Ashgate.
- Ochoa S, Haro JM, Autonell J ve ark. (2003) Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophr Bull* 29:201-10.
- Ochoa S, Haro JM, Usall J ve ark. (2005) Needs and its relation to symptom dimensions in a sample of outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 75:129-34.
- Phelan M, Slade M, Thornicroft G ve ark. (1995) The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 167:589-95.
- Rosales, C. "Estudio de las personas con trastornos esquizofrenicos." Tesis doctoral, Granada University of Psychiatry 1999.
- Ruggeri M, Leese M, Slade M ve ark. (2004) Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. The South Verona Outcome Project 8. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39:60-8.
- Slade M. (1994) Needs assessment: Involvement of staff and users will help to meet needs. *Br J Psychiatry* 165:293-6.
- Slade M, Phelan M, Thornicroft G ve ark. (1996) The Camberwell Assessment of Need (CAN): Comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 31: 109-13.
- Slade M, Phelan M, Thornicroft G ve ark. (1998) A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Psychol Med* 28:543-50.
- Slade M, Thornicroft G, Loftus L ve ark. (1999) CAN: Camberwell Assessment of Need London: Royal College of Psychiatrists.
- Slade M, Beck A, Bindman J ve ark. (1999) Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. *Br J Psychiatry* 174:404-8.
- Slade M, Leese M, Cahill S ve ark. (2005) Thornicroft, G., & Kuipers, E. Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *Br J Psychiatry* 187:256-61.
- Soygür H, Aybaş M, Hınçal G ve ark. (2000) Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği: Güvenirlilik ve Yapısal Geçerlik Çalışması. *Düşünen Adam* 13:204-10.
- Stevens A, Gabbay J (1991) Needs assessment. *Health Trends* 23:20-3.
- Sungur M, Soygür H, Güner P ve ark. (2011) Identifying an optimal treatment for schizophrenia: A 2 year randomized controlled trial comparing integrated care to a high-quality routine treatment. *Int. J. Psychiatry Clin Pract* 15:18-27.
- Usall J, Haro JM, Ochoa S ve ark. (2002) Needs of patients with schizophrenia group. Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 106:337-42.
- Van der Krieke L, Sytema S, Wiersma D ve ark. (2011) Evaluating the CANSAS self-report (CANSAS-P) as a screening instrument for care needs in people with psychotic and affective disorders. *Psychiatry Res* 188:456-8.
- Wiersma D, Nienhuis FJ, Giel R ve ark. (1998) Stability and change in needs of patients with schizophrenic disorders: a 15- and 17-year follow-up from first onset of psychosis, and a comparison between 'objective' and 'subjective' assessments of needs for care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33:49-56.
- Wiersma D (2006) Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 113:115-9.
- Wiersma D, Van den Brink R, Wolters K ve ark. (2009) Individual unmet needs for care: Are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 44:317-24.