



**KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YENİ MEZUN HEMŞİRELERİN ŞİZOFRENİ ve DİYABET HASTALARININ
TEDAVİYE UYAMAMA VE TEDAVİYİ SÜRDÜREMELERİNE İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

Ayşenur DEMİR KÜÇÜKKÖSELER

Yüksek Lisans Tezi

**KONYA
Ağustos 2022**

YENİ MEZUN HEMŞİRELERİN ŞİZOFRENİ VE DİYABET HASTALARININ
TEDAVİYE UYAMAMA VE TEDAVİYİ SÜRDÜREMELERİNE İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Ayşenur DEMİR KÜÇÜKKÖSELER

KTO Karatay Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Tezli Yüksek Lisans Programı

Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nurgün PLATİN

Konya
Ağustos 2022

KABUL VE ONAY

Ayşenur DEMİR KÜÇÜKKÖSELER tarafından hazırlanan “Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve DM Hastalarının Tedaviye Uyamama ve Tedaviyi Sürdürememelerine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 29 Ağustos 2022 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyesi: **Prof. Dr. Gülsüm ANÇEL** _____
Ankara Üniversitesi

Jüri Üyesi: **Dr. Öğr. Üyesi Figen TÜRK DÜDÜKCÜ** _____
KTO Karatay Üniversitesi

Tez Danışmanı: **Prof. Dr. Nurgün PLATİN** _____
KTO Karatay Üniversitesi

Jüri tarafından kabul edilen bu çalışmanın Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Prof. Dr. Murat DARÇIN
Enstitü Müdürü

BİLDİRİM

Enstitü tarafından onaylanan Yüksek Lisans/Doktora tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını basılı veya dijital biçimde arşivleme ve aşağıda belirtilen koşullar dahilinde erişime açma iznini KTO Karatay Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle, Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak ve gelecekteki çalışmalar (makale, kitap, lisans, patent vb.) için tezimin tamamının veya bir bölümünün kullanım hakları yalnızca bana ait olacaktır.

Tezimin bütünüyle kendi çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izinle kullanılması zorunlu olan kaynakları, yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde izinlerin suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında, tezim, aşağıda belirtilen koşullar haricince, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve KTO Karatay Üniversitesi Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.¹

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay en fazla 6 ay ertelenmiştir.²

Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.³⁴

29 Ağustos 2022

Ayşenur DEMİR

¹ MADDE 6(1) Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

² MADDE 6(2) Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

³ MADDE 7(1) Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

⁴ MADDE 7(2) Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

ETİK BEYAN

KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez/Proje Hazırlama ve Yazım Kurallarına uygun olarak Prof. Dr. Nurgün PLATİN danışmanlığında tarafımdan üretilen bu tez/proje çalışmasında; sunduğum tüm veri, enformasyon, bilgi ve belgeleri bilimsel etik kuralları çerçevesinde elde ettiğimi, tüm değerlendirme, analiz, bulgu ve sonuçları bilimsel usullere uygun olarak sunduğumu, tez/proje çalışmasında yararlandığım kaynakların tümüne bilimsel normlara uygun biçimde atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin/projemin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

29 Ağustos 2022

Ayşenur DEMİR
KÜÇÜKKÖSELER

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimime başladığım günden beri farklı bakış açısı geliştirmemi sağlayan, her anlamda desteğini hissettiğim, görüşleriyle her zaman yol gösterici olan kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Nurgün Platin' e

Lisans ve yüksek lisans eğitimim hayatım boyunca, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, her zaman katkılarıyla destek olan kıymetli hocam Prof. Dr. Ayşe Özcan'a

Tez sürecim boyunca her zaman beni güçlendiren değerli görüş ve katkılarıyla her zaman yanımda olduklarını hissettiğim kıymetli KTO Karatay Hemşirelik Bölümü hocalarıma,

Her zaman beni destekleyen ve yanımda olan canım aileme,

Yedi yıldır her anımda yanımda olan, yaşadığım her olayda güçlü bir şekilde toparlanmamı sağlayan, desteği ve sevgisiyle güç aldığım canım kardeşim Beyza Yöndemli'ye

Bu süreçte desteği sevgisi ve varlığıyla her zaman yanımda olan, güvenini her zaman hissettiğim canım eşim Uğur Küçükköşeler'e

Tez sürecim ve çalışma hayatım boyunca desteklerini hissettiren canım arkadaşlarım, Fatma Zehra Gümüş Selek, Büşra Duran ve Şerife İrem Döner'e

Araştırmaya katılarak destek olan mezunlarımıza,

Sonsuz teşekkürlerimle...

29 Ağustos 2022

Ayşenur DEMİR KÜÇÜKKÖSELER

ÖZET

Ayşenur DEMİR

Yeni Mezun Hemşirelerin Diyabet ve Şizofreni Hastalarının Tedaviye Uyamama ve Tedaviyi Sürdürememelerine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi

Yüksek Lisans
Konya, 2022

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin şizofreni ve diyabet gibi kronik bir hastalığı olan bireylerin tedavilerine uyamama/sürdürememelerinde sorumlu gördükleri kişileri; iki hastalık arasında konuya ilişkin bir fark görüp görmedikleri ve çözüm yaklaşımlarını belirlemektir.

Çalışma tanımlayıcı desende kurgulanmıştır. Araştırma evrenini KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde 2019-2020 eğitim-öğretim döneminde mezun olan 76 öğrenci oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında Yeni Mezun Hemşirelerin Görüşlerini Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde açık uçlu sorular gruplandırılmış, tanımlayıcı istatistikler (yüzdeler) ve analizler için Ki kare testi uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan yeni mezun hemşirelerin şizofren hastalarında tedaviye uyamama/sürdürememe de ilk sırada aileyi, doktor, hasta ve hemşireden daha sorumlu görmeleri; diyabet hastalarında ise hastayı, aile, doktor ve hemşireden daha sorumlu görmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama nedenleri incelendiğinde; şizofreni hastalarında hastalığı kabullenememe (%67), ilaç yan etkileri (%65); diyabet hastaların da ise tedavinin zor ve karmaşık olduğunu düşünme (%75) ve tedaviyi anlayamamanın (%65) daha önemli olduğu belirtilmiştir ($p<0,05$). Yeni mezun hemşirelerin çalışma durumları ile ailede diyabet öyküsü bulunması, mezunların görüşlerine yansımıştır ($p<0,05$). Ancak yeni mezunların tedaviye uyamama/sürdürememe sorununa çözüm yaklaşımları arasında istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Sonuç olarak araştırmada yeni mezun hemşirelerin şizofren hastalarında tedaviye uyamama sürdürememe de sırasıyla aile, hasta, doktor ve hemşireyi; diyabet hastalarında ise sırasıyla hasta, aile, hemşire ve doktoru sorumlu gördükleri belirlenmiştir. Bu doğrultuda hemşirelerin, hastanın tedavi ve bakımında, her aşamada hasta ve aileyi beraber ele almaları ve hasta odaklı bakımı benimsemeleri önemlidir.

Anahtar Kelimeler Tedaviye uyum, şizofreni, diyabet, hemşire

ABSTRACT

Ayşenur DEMİR

Investigation of New Graduate Nurses' Opinions on Diabetes and Schizophrenia
Patients' Failure to Follow and Continue the Treatment

Master's

Konya, 2022

The aim of this study is to identify people who nurses consider responsible for the inability to comply/continue the treatment of individuals with chronic diseases such as schizophrenia and diabetes; The aim is to determine whether they see a difference between the two diseases and their solution approaches.

The study was designed in a descriptive pattern. The population of the research consists of 76 students who graduated from KTO Karatay University, School of Health Sciences, Department of Nursing in the 2019-2020 academic year. The Evaluation Form of New Graduated Nurses' Opinions was used to collect the data. In the analysis of the data, open-ended questions were grouped, descriptive statistics (percentile) and Chi-square test were applied for analysis.

The fact that the newly graduated nurses participating in the research considered the family more responsible than the doctor, patient and nurse in the first place in the inability to comply/continue the treatment in schizophrenic patients; In diabetes patients, it was found statistically significant that they considered the patient more responsible than the family, doctor and nurse ($p < 0.05$). When the reasons for not complying with the treatment in schizophrenia and diabetes patients are examined; inability to accept the disease (67%), drug side effects (65%) in patients with schizophrenia; In diabetes patients, thinking that the treatment is difficult and complex (75%) and not understanding the treatment (65%) were stated to be more important ($p < 0.05$). The working status of the newly graduated nurses and the presence of a family history of diabetes were reflected in the views of the graduates ($p < 0.05$). However, no statistical difference was found between the solution approaches of new graduates to the problem of not complying/not continuing the treatment ($p > 0.05$).

As a result, in the study of newly graduated nurses, inability to comply with treatment in schizophrenic patients also affected family, patient, doctor and nurse, respectively; In diabetes patients, it was determined that they considered the patient, family, nurse and doctor to be responsible, respectively. In this respect, it is important for nurses to consider the patient and family together at every stage in the treatment and care of the patient and to adopt patient-oriented care.

Keywords: Compliance with treatment, schizophrenia, diabetes, nurse

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
GRAFİK DİZİNİ.....	ix
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kronik Hastalık	3
2.1.1. Kronik Hastalıklarda Tedaviyi Sürdürme.....	3
2.2. Şizofreni Hastalığı ve Şizofreni Tanısı Konulan Hastalarda Tedaviyi Sürdürme.....	4
2.3. Diyabet Hastalığı ve Diyabet Tanısı Konulan Bireylerde Tedaviyi Sürdürme.....	7
2.4. Kronik Hastalığı olan Bireyin Tedaviye Uyumunda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	8
3. YÖNTEM.....	12
3.1. Araştırmanın Amaç ve Deseni	12
3.2. Araştırmanın Terminolojisi	12
3.3. Araştırma Soruları	12
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	13
3.5. Araştırmanın Varsayımları	13
3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	13
3.7. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	14
3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	14
3.8.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması.....	14
3.9. Verilerin Toplanması.....	17
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	17
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu	18
4. BULGULAR	19

4.1. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama\Sürdürememelerinde Birinci Derecede Sorumlu Gördükleri Bireyler, Nedenleri ve Demografik Veriler ile İlişkileri	19
4.2. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama\Sürdürememe Nedenlerine İlişkin Görüşleri	24
4.3. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememe Sorununa Çözüm Yaklaşımları	30
5. TARTIŞMA	33
5.1. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememelerinde Birinci Derecede Sorumlu Gördükleri Bireyler, Nedenleri ve Demografik Veriler ile İlişkilerin Tartışılması	33
5.2. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememe Nedenlerine İlişkin Görüşlerin Tartışılması.....	37
5.3. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememe Sorununa Çözüm Yaklaşımlarının Tartışılması	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
6.1. Sonuçlar.....	41
6.2. Öneriler.....	42
6.2.1. Doğrudan Araştırma Bulgularına Yönelik Öneriler	42
6.2.2. Dolaylı Olarak Araştırma Bulgularına Yönelik Öneriler	42
KAYNAKLAR	43
ÖZGEÇMİŞ	48
EK 1. YENİ MEZUN HEMŞİRELERİN GÖRÜŞLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU	49
EK-2. BULGULARA İLİŞKİN TABLOLAR.....	56
EK-3. UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU	61
EK-4. ETİK KURUL/KOMİSYON İZİNİ/MUAFİYETİ	66

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.1: Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofren Hastalarının Tedaviye Uyamama\Sürdürememelerinde Birinci ve Diğer Derecelerde Sorumlu Gördükleri Kişiler (n=60).....	19
Tablo 4.1.2: Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofren Hastalarının Tedaviye Uyamama\Sürdürememesinde Birinci Derecede Sorumlu Gördükleri Kişinin Sorumlu Görülme Nedenleri (n=60).....	20
Tablo 4.1.3: Yeni Mezun Hemşirelerin Demografik Verileri ile Şizofren Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememesinde Sorumlu Gördükleri Kişiler (n=60)	21
Tablo 4.1.4: Yeni Mezun Hemşirelerin Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama\Sürdürememelerinde Birinci ve Diğer Derecelerde Sorumlu Gördükleri Kişiler (n=60).....	22
Tablo 4.1.5: Yeni Mezun Hemşirelerin Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememesinde Birinci Derecede Sorumlu Gördükleri Kişinin Sorumlu Görülme Nedenleri (n=60).....	22
Tablo 4.1.6: Yeni Mezun Hemşirelerin Demografik Verileri ile Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememesinde Sorumlu Gördükleri Kişiler (n=60)	23
Tablo 4.2.1: Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememe Nedenlerine İlişkin Görüşleri (n=60).....	25
Tablo 4.2.2: Yeni Mezun Hemşirelerin Çalışma Durumuna Göre Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/ Sürdürememe Nedenlerine İlişkin Görüşleri) (n=60)	27
Tablo 4.2.3: Yeni Mezun Hemşirelerin Ailelerindeki Diyabet Öyküsü Yakınlık Derecesine Göre Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/ Sürdürememe Nedenlerine İlişkin Görüşleri.....	29
Tablo 4.3.1: Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememe Sorununa Çözüm Yaklaşımları (n=60)	31
Tablo 1: Yeni Mezun Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=60) ..	56
Tablo 2: Yeni Mezun Hemşirelerin Ailelerinde şizofreni ya da DM Öyküsü Olma Durumuna Göre Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/ Sürdürememe Nedenleri.....	57
Tablo 3: Yeni Mezun Hemşirelerin Çalışma Durumuna Göre Şizofreni ve DM Hastalarında Tedaviye Uymayı/Sürdürebilmeyi Sağlamada Benimsedikleri Yaklaşımlar (n=60).....	58
Tablo 4: Yeni Mezun Hemşirelerin Ailelerinde Şizofreni ya da DM Öyküsü Olma Durumuna Göre Şizofren ve DM Hastalarında Tedaviye Uymayı/Sürdürebilmeyi Sağlamada Benimsedikleri Yaklaşımlar	60

GRAFİK DİZİNİ

Grafik 4.2.1. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni Ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/ Sürdürememe Nedenleri	26
---	----

KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma	Açıklama
BOH	: Bulaşıcı olmayan hastalıklar
DM	: Diabetes Melitus
HT	: Hipertansiyon
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
UDF	: Uluslararası Diyabet Federasyonu

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar yavaş gelişen, uzun süre devam eden ve bireyin yaşamını çok yönlü etkileyen bir hastalık grubudur (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014; Kalender ve Sütçü Çicek, 2013). Diyabet (DM), hipertansiyon (HT), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), kronik böbrek yetmezliği (KBY), epilepsi ve şizofreni bu hastalık grubunun örnekleridir (Conthe vd., 2014). Bireyin yaşamı boyunca süren kronik hastalıkların akut döneminin, tanı konulmak ve tedaviye başlanmak üzere kısa bir süresi hastanede geçerken, çok daha uzun bir süresi taburcu olduktan sonra bireyin kendi yaşam ortamında geçmektedir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014).

Taburcu olduktan sonra geçen bu uzun dönemde birey, bir taraftan aile içi rollerini, çalışma ve sosyal yaşamını sürdürmeye çalışırken bir taraftan da hastalığının tedavisinin gerektirdiği yeni koşullara uymaya çalışır (Dunbar Jacob ve Mortimer Stephens, 2001; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014; Kalender ve Sütçü Çicek, 2013; Özdemir ve Taşçı, 2013). Bu süreçte bireyin yaşadığı bu yeni ve karmaşık durum, beklentileri yerine getirme, tekrarlı yatışların sıklığı ve yaşanan komplikasyonlar gibi ölçütlerle değerlendirilmek üzere sağlık personeli tarafından izlenir (Eton vd., 2013; Sutherland ve Hayyter, 2019). Birey bu değerlendirme sonucunda kendisinden beklenenleri yerine getirme ve tedaviyi sürdürme ölçütleri ile “uyumlu” ya da “uyumsuz” hasta olarak sınıflandırılır (Çakır vd., 2010; Çobanoğlu vd., 2003; Demirkol ve Tamam, 2016; Dikeç ve Kutlu, 2015).

Bireyin kronik bir hastalıkla yaşamaya çalışırken sergilediği uyumluluk/uyumsuzluk tepkilerini ortaya çıkaran çeşitli nedenler vardır. Bu tepkilerin bireyin sürekli ilaç kullanması, belirli bir beslenme düzeni izlemesi, egzersiz yapması, ilaç yan etkileri yaşaması gibi, yeni yaşam biçimine bağlı geliştikleri bilinmektedir (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014; Kalender ve Sütçü Çicek, 2013). Bu yaşananlar zamanla bireyin “bıkkınlık”, “yarar görmeme” gibi düşünceler geliştirmesine neden olabilmektedir (Conthe vd., 2014). Bireyin bu düşünceleri zaman içinde onun tedaviyi aksatmasına ve bırakmasına bile yol açmaktadır (Khan vd., 2012). Bu durum hızlıca ya da sinsice hastalık semptomlarının ilerlemesi ile tedaviye ara verme, tekrar tedaviye başlama gibi istenmedik bir döngünün oluşmasına neden olmaktadır (Dikeç ve Kutlu, 2015; Gülseven ve Oğuz, 2014). Bu döngünün bireyin, kendi içsel bakış açısından kaynaklandığı düşünülse de

döngüyü besleyen başka nedenler de bulunmaktadır. Bu nedenlerin başlıcaları, bireyin hastalık sürecinde nelerle karşılaşacağını bilmemesi, yeniden akut bir dönem yaşama olasılığına karşı korku ve kaygı yaşaması, hastalık sürecinde ailesi tarafından anlaşılabilmesi ve çevresinden yeterli sosyal destek alamamasıdır (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Kronik hastalığı olan bireylerin yaşadıkları bu zor ve karmaşık dönemlerine ilk günden başlayarak tanıklık eden sağlık personelinin biri hemşiredir. Hemşirenin, hastanın bakımının akut dönemle sınırlı kalmayacağını, kronik bir hastalığın bireyin yaşamı boyunca süreceğini ve bir hemşire olarak kendisinin bu süreçte önemli bir rolünün olduğunu bilincinde ve farkında olması gerekmektedir (İncirkuş ve Nahcivan, 2015). Bu süreçteki hemşire-hasta beraberliği aynı zamanda hemşirenin kronik hastalıklardaki önemli ve çok yönlü rolünü de tanımlamaktadır. Bu rolde, birey ve aileyi kronik hastalık konusunda bilgilendirme, tedaviye uyma ve sürdürme belirtilerini izleme, bireyin yaşadığı karmaşık duyguları anlama, tedaviye uyamama belirtilerini fark etme, komplikasyonları azaltma ve bireyin hastalıktan anlam bulmasını sağlama gibi hemşirelik girişimleri yer almaktadır (Akdemir ve Akkuş, 2006; Akpınar ve Ceran, 2019; Gülseven ve Oğuz, 2011; İncirkuş ve Nahcivan, 2015; Mishel,1990). Ancak yapılan bazı çalışmalarda hemşirelerin, kronik hastalıkları olan bireylerin bakımında yalnız akut dönemdeki tıbbi tedavileri ile sınırlı kaldıkları, taburcu olduktan sonraki süreçte hemşire olarak kendilerini görmedikleri belirlenmiştir (Allam ve Arjona, 2018; Abdulhadi vd., 2013).

Kronik hastalığı olan bireylerin, akut dönem sonrası tedavilerini sürdürme koşulları gözlemlendiğinde günümüzde de bireylerin güçlü bir hemşirelik anlayışı ile izlenmeye, cesaretlendirmeye ve yönlendirmeye ihtiyaçları olduğu görülmektedir. Bu nedenle bu çalışma hemşirelerin şizofreni ve diyabet gibi kronik bir hastalığı olan bireylerin tedavilerine uyamama/sürdürememelerinde sorumlu gördükleri kişileri; iki hastalık arasında konuya ilişkin bir fark görüp görmedikleri ve çözüm yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma şizofreni ve diyabet tanısı konulan bireylerin tedavilerine uyma/sürdürmede yaşadıkları düzensizliklerin ortak ve farklı yönleri dikkate alınarak düzenlenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalık

Kronik sözcüğü, uzun sürede meydana gelen ya da uzun süredir devam eden durumları ifade etmektedir (Almış ve Yakıncı, 2012). Kronik hastalık ise, tıbbi nedenlerle ya da semptomlarla ilişkili uzun süre bakım gerektiren (üç ay ve üzeri), yavaş gelişen, birden fazla sistemi etkileyen ve geriye dönüşsüz yapı ve işlev bozukluğuna yol açan, yaşam boyu devam eden bir hastalık grubudur (Biol ve Akdemir,2015; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz, 2014; Kalender ve Sütçü Çicek, 2013; Karadakovan ve Eti Aslan,). Bu hastalık grubu bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak da tanımlanmaktadır.

Kronik hastalıklar dünya genelinde ölüm oranları ve işlev bozukluğuna yol açmakta birinci sırada yer almaktadır. Bu hastalıklarda süreç, birbirlerini tetikleyerek devam eden ve bireyin yaşamını farklı boyutlarda etkileyen bir özellik sergiler (Akdemir ve Biol, 2005; Özyurda, 2018). Ülkemiz ve dünyada en önemli sağlık sorunu olma özelliği gösterirler. Küresel olarak incelendiğinde tüm ölümlerin %71'inin kronik hastalıklardan kaynaklandığı rapor edilmektedir. Kronik hastalıklara bağlı ölüm oranlarında; ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar, ikinci sırada kanserler, üçüncü sırada kronik solunum yolu hastalıkları yer alırken dördüncü sırada diyabet hastalığı yer almaktadır (WHO, 2018).

2.1.1. Kronik Hastalıklarda Tedaviyi Sürdürme

Kronik bir hastalığın ortaya çıkmasıyla bireyin, sahip olduğu alışkanlıkları ve sürdürdüğü yaşam düzeninde değişiklikler yapması ve bunları sürdürmesi beklenmektedir (Mete, 2008). Bu beklenti bireyin ilaçlarını kullanması, beslenmesine uyması ve düzenli egzersiz yapması gibi yalnız tıbbi tedavi ile sınırlı olmamaktadır. Tıbbi tedavinin ötesinde sosyal, ekonomik ve kültürel yönler ile beraber kapsamlı bir uyum beklentisidir (Dikeç ve Kutlu, 2015). Örneğin, yaşam biçimi ve beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklerin bireyin çalışma, eğitim ve sosyal yaşamını etkilemesi gibi; sık hastaneye yatışların ve hiç bitmeyecek bir ilaç tedavisini sürdürmenin getirdiği psikolojik, ekonomik ve kültürel zorluklarla baş etmesi gibi çok yönlülük göstermesidir. Aksi halde tedaviye uyum sürecinde birey zaman zaman engellenmiş hissi yaşayarak, iyileşmeyeceği düşüncesine kapılarak ilaç kullanmayı ve tedaviyi sürdürmeyi bırakabilecektir (Demirkol ve Tamam,

2016). Aile bütünlüğü anlayışından hareketle kronik hastalığının tedavisine uymaya ve sürdürmeye çalışan bireyin aile üyeleri de bu süreçten etkilenmektedirler.

Ailede herhangi bir üyesinin kronik bir hastalığının olması ile diğer aile üyelerinin de en başta rol paylaşımı ve sosyal yaşamları yönünden etkilendikleri bilinmektedir (Dikeç ve Kutlu, 2015; Rando, 1984 'den akt., Tüzer, 2001, s.193). Diğer taraftan, etkilenen aile üyelerinin aynı zamanda hasta olan aile üyesinin hastalığının tedavisini sürdürmesine de destek olması beklenmektedir. Kronik hastalıklarda aile desteğinin önemine ilişkin çalışmalarda; bireyin olumlu sağlık davranışları geliştirilmesinde büyük rolü olduğu (Baig vd., 2015; Çalık ve Kapucu,2017; Mayberry ve Osborn, 2012; Rosland ve Piette, 2010), diyabet hastalığı olan bireyin tedaviye uyumunu olumlu yönde etkilendiği (Khan vd., 2013), şizofreni tanısı olan bireylerin, tedavi sürecine uyumu olumlu etkilediği bildirilmiştir (Kelleci ve Ata, 2012). Buna göre de bireyin tedaviye uyma ve tedaviyi sürdürmesi bireyin kendisi, çevresi, hastalığın tedavisi ve yaşam biçimini kapsayan geniş bir alan ile ilişkili olduğu görülmektedir (Conthe vd., 2014; Çakır vd., 2010).

2.2. Şizofreni Hastalığı ve Şizofreni Tanısı Konulan Hastalarda Tedaviyi Sürdürme

Şizofreni ruh sağlığına ilişkin kronik bir hastalıktır. Genç yaşta başlayan, bireyin insan ilişkileri ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendi içine yönelmesi ile içe kapanım yaşadığı; düşünce, duyuş ve davranışlarda sorunların görüldüğü ruhsal bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Tüm toplumlarda yeti yitimi görülen ruhsal bozukluk olmasına karşın, sıklık ve yaygınlığı çalışmalara göre değişkenlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda şizofreninin bir yıllık yaygınlığı %1'ken, yaşam boyu yaygınlığı ise %1,5 olarak kabul edilmektedir (Çetin, 2015; Karakuş vd., 2017; Summakoğlu ve Ertuğrul; 2018). Başlangıç yaşı kadınlarda daha erken olan şizofreni, ailenin sosyoekonomik durumunun düşük olması ile de ilişkili olduğu şeklinde değerlendirilir. (Karakuş vd., 2017; Öztürk ve Uluşahin, 2018).

Toplumda şizofreninin tedavi edilemez bir hastalık olduğuna inanılırsa da şizofreninin tedavisinde farmakolojik ve psikososyal tedavi uygulanmaktadır. Tedavide ana hedef hastalık belirtilerini azaltmak ya da ortadan kaldırmak, bireyin yaşamını kolaylaştırmak ve topluma uyumunu arttırmaktır (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Bu hedefe ulaşmak için,

diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi şizofrenide de bireyin tedaviye uyumu ve hastalıktan anlam bulmasını sağlamak çok önemli olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2018). Şizofreni tanısı konulmuş bireylerin yaklaşık %25'inin uygun tedavi koşullarıyla büyük oranda gelişme göstererek sosyal yaşamlarını sürdürdükleri bilinmektedir. Ayrıca bireylerin yaklaşık %50 sinin de orta ve iyi düzeyde gelişme göstererek destekle ya da göreceli olarak yaşamlarını bağımsız sürdürdükleri belirtilmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul; 2018).

Hastalığın ortaya çıkması ile birlikte, bireyin yaşamında oluşan değişiklikler bireyin tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Şizofreni tanısı konulmuş bireylerin tedaviye uyumları için en başta ve en önemli olarak hastanın hastalığını kabullenmesi, gerçek ile bağlantı kurabilmesi, duygu ve davranış kontrolünü sağlamak için verilen tedaviyi kesintisiz sürdürmesi gerekmektedir (Dikeç ve Kutlu, 2015; Öztürk ve Uluşahin, 2018). Ancak bu tedaviyi sürdürmede zorlanma ya da tedaviyi sürdürememe nedenleri arasında ilaç yan etkilerinin fazla olması, hastalığın birey ve ailesi tarafından kabul edilememesi, düzenli kontrollere gelememe, iyileştiğini düşünerek ilacı bırakma, ilaçların yararlı olacağını düşünmeme gibi nedenler yer almaktadır (Demirkol ve Tamam, 2016). Hastaların tedaviye uyamama durumlarını derecelendirerek ortaya koyan araştırma sonuçları bulunmaktadır. Hastaların yarısına yakınının “orta” düzeyde, (Dikeç ve Kutlu, 2014)., tamamına yakınının “düşük” düzeyde tedaviye uyum gösterdikleri belirlenmiştir (Dikeç ve Kutlu, 2014). Başka bir çalışmada da bireylerin tamamına yakınının reçete edilen ilaçları düzenli kullanmadıkları gösterilmiştir (Belli vd., 2007).

Şizofreni tanısı konulan bireylerin tedavilerine uyamamalarına ilişkin hasta ve hasta yakınlarının bakış açıları ile yapılmış çalışmalar bulunmaktadır (Dilbaz vd., 2006; Ünal vd., 2006; Yıldız vd., 2010). Hasta bakış açısı ile ilaç tedavisini bırakma nedenlerine yönelik çalışmalarda hastaların, yarısından fazlasının tedaviden yeterli düzeyde yararlanmadıklarını düşünerek ilaçlarını düzensiz kullandığı ya da hiç kullanmadığı saptanmıştır. Bireyler ilaçlarını hiç kullanmama nedenlerini, çoğunlukla ilaç yan etkileri, ilaç kullanmaktan hoşlanmama ve ilacın yararına inanmama olarak açıklamışlardır (Ünal vd., 2006). Konuya yine hasta bakış açısı ile yönelen bir çalışmada hastaların, hastalığı kabullenmeme, ilacın sedasyon, sersemlik, uyuşukluk gibi yan etkileri, ilacın hastalığı kötüleştirieceğine ilişkin düşüncelerle tedaviyi sürdüremediklerini saptanmıştır (Dilbaz vd., 2006).

Diğer taraftan hastaların tedaviye uyamamalarına hasta yakınlarının bakış açısı ile inceleyen bir çalışmada hasta yakınlarının hastalığın, cin, şeytan gibi doğa üstü güçlerin etkisiyle olduğu, Tanrının cezası olarak nitelendirildiği, ailelerin hastalarının doğru karar veremeyecekleri düşündükleri, yatış sayısının artmasının ailelerin hastalığın iyileşeceğine ilişkin inanç ve tutumlarını da olumsuz yönde etkilediğini belirlemişlerdir (Yıldız vd., 2010). Tel vd. (2010) hasta yakınları tarafından tedaviyi sürdürememe nedenleri incelenmiş ve hastaların yarısından fazlasının, ilacın yararlı olmayacağını düşünme, ilaç yan etkileri, iyileştiğini düşünme, ilacı almayı unutma gibi nedenlerle hastaların yarısından fazlasının doktor izni olmadan tedaviyi bıraktığını saptanmışlardır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda şizofreni tanısı konulan bireylerin tedaviyi sürdürememeye nedenleri böyle açıklanırken, benzer durum yurt dışı çalışmalarda da belirlenmiştir (Dobber vd., 2018; Doane vd., 2020; Oehl vd., 2000). Hasta bakış açısı ile yapılan araştırmada, hastaların ilaç yan etkileri ve tedaviden beklentilerinin karşılanamaması nedeni ile, remisyon dönemindeki hastaların, başka bir semptom yaşamadıklarından iyileştiklerini düşünerek Oehl vd. (2000), hastaların ilaç kullanmadıklarında kendilerini daha iyi hissettiklerini, ilaçtan yarar görmediklerini, ilaçların yorgunluk, halsizlik ve tükürük salgısında artışa neden olduğunu, kendilerini iyi hissettiklerinde ilacı bırakacaklarını, yan etkilerden dolayı kârdan çok zararda olduklarını belirtmişlerdir (Dobber vd., 2018). Bireylerin yaşadıkları ilaç yan etkilerinin de kaygı, uyukulu ya da yorgunluk hissi, konsantrasyon zorluğu, kilo alımı ve cinsel işlev bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Doane vd., 2020). Konuya ilişkin başka çalışmalarda da psikiyatrik tanı konulan bireylerde tedaviye uyamamanın önemli bir sorun olduğunu (Shah vd., 2019), şizofreni tanısı konulan bireylerde tedaviye uyumsuzluğun yaygınlığını (Lien vd., 2018), kronik hastalıklarda uzun süre ilaç kullanmanın tedaviye uyumu zorlaştırdığını ancak şizofren hastalarda iç görü azlığı ve sahip olunan bilişsel bozukluklara bağlı olarak tedaviye uyumlarının daha da zor olduğunu vurgulanmıştır (Hazarika vd., 2013).

2.3. Diyabet Hastalığı ve Diyabet Tanısı Konulan Bireylerde Tedaviyi Sürdürme

Diyabet insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki yetersizlikten kaynaklanan, hiperglisemi ile karakterize, sürekli tıbbi tedavi gerektiren metabolik bir kronik hastalıktır (Kulak vd., 2019). Tüm dünyada giderek yaygınlığı artan diyabet hastalığının, bulaşıcı olmayan hastalıklar içerisinde en sık tanı konulan ve prevalansı en hızlı artan sağlık sorunudur (IDF, 2019). Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun (IDF) 2019 raporuna göre dünyada 20-79 yaş aralığındaki 463 milyon kişi diyabet hastasıdır (IDF 2019). Hastalığın tipik belirtileri poliüri, polidipsi, yorgunluk, halsizlik, ağız kuruluğu, polifajidir. Hastalığın tedavi süreci, bireyin yaşadığı belirtileri fark etmesiyle başlar.

Diyabet hastalığının tedavisinde amaç, hastalığa bağlı gelişebilecek olası mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları en aza indirmek, olması gereken kan glikoz düzeyini sağlamak ve sürdürmek, bireyin yaşam biçiminde olabilecek değişikliklere uyum sağlamasına yardım etmektir (Eray ve Balcı, 2005; TEMD, 2020). Tedavisinde antidiyabetik ilaçlar, insülin hormonu ile birlikte diyet ve egzersiz programı uygulanır. Tedaviye uyum sağlama ve tedaviyi sürdürmede öncelikle bireyin, besin grupları arasındaki değişimleri, karbonhidratlardan fakir, günlük yemek sayısı artmış olan bir beslenme düzenini benimsemesi (He vd., 2017), yaşam boyu ilaç içmeği ya da subkutan insülin hormon enjeksiyonu yapmayı kabullenmesi gerekmektedir (Olgun vd., 2011). Bu süreçte bireyin yaşam biçimi değişikliğini kolaylaştıracak bir birey-ailenin iş birliğine ihtiyaç duyulur (Olgun vd., 2011).

Ülkemizde diyabet tanısı konulan bireylerin tedavilerini sürdürmelerine ilişkin yapılan çalışmaların çoğu hastaların bakış açısıyla yapılmıştır. Bu çalışmalarda hastaların yarısının tedaviye uyumunun "iyi" yarısının uyumunun "kötü" olduğu (Baykal vd., 2015; Kartal vd., 2008), bireylerin çoğunun tedaviye tam uyum göstermediği ve 1/3'inin verilen ilaçları düzenli kullanmadığını gösteren farklı sonuçlar elde edilmiştir (Arslan, 2011).

Diyabet hastalığının tedavisini sürdürme konusunda literatürde hasta bakış açısıyla yapılmış nitel araştırmalar da yer almıştır (Akman vd., 2016; Gülşen vd., 2016) Yapılan bir çalışmada, bireylerin insülin korktukları, insülin kullanmanın tedavinin son aşaması gibi algılanmasından rahatsız oldukları ve üzüldükleri, yemek öncesi yapmaları gereken hazırlıklar nedeni ile aileleri ile beraber yemek yiyemedikleri, iş ortamında insülin yapmak ve taşımakta zorlandıkları, insülin yaparken çevreden gelen sorulardan

uzaklaşmak için ortam değiştirdiklerini ifade eden sözlere yer verilmiştir (Gülşen vd., 2016). Bireylerin en yoğun kabullenememe, duygusu yaşadıkları (Akman vd., 2016), hastalığa ilişkin bilgi sahibi olmadıkları, tanı konulduğunda hastalığı önemsemedikleri, tanıyı ilk duyduklarında yanlışlık olduğunu düşündüklerini ve kan şekerinin yükseleceği düşüncesiyle korku yaşadıklarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir (Akman, Olgun, 2016).

Ülkemizde yapılan bu çalışma sonuçlarına benzer sonuçlar yurt dışında yapılan çalışmalar da elde edilmiştir (Guénette vd., 2015; Jeragh-Alhaddad vd., 2015; Whittemore vd., 2002). Yaptıkları nitel çalışmada, bireylerin çok korktuklarını, hastalığın sessiz ilerlemesi ve ölüme neden olması düşüncesiyle kalp krizinden daha kötü olduğunu düşündükleri, diyetlerine uymayan besinleri yedikten sonra üzüntü yaşadıklarını (Whittemore vd., 2002), hastalığın akut bir hastalık olarak algılandığını kısa süre ilaç kullanmayla iyileşebileceğini düşündüklerini ve bu nedenle ilacı kullanmayı bıraktıklarını, hastalığı kabullenmede zorlandıklarını, sağlık personelleri tarafından anlaşılmadıklarını, gerekli ilgi ve desteği hissetmediklerini, insülin ile tehdit edildiklerini ifade eden görüşler belirlemiştir (Jeragh-Alhaddad vd. (2015). Bu çalışmalardan farklı olarak Guénette vd. (2015) tarafından yapılan nitel çalışmada diyabet tanısı konulan bireylerin, hastalıkları ve tedavi sürecinin farkında olduklarını, ailelerinin kendilerine öğüt vermediğini, onları gözettiklerini, ilaçlarını unuttukları zaman hatırlattıklarını, böylece onların tedaviye uyumlarını kolaylaştırdığına ilişkin ifadeler ulaşımlardır (Guénette vd., 2015).

2.4. Kronik Hastalığı olan Bireyin Tedaviye Uyumunda Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Kronik bir hastalığın hastanede geçen akut tedavi döneminde hemşirelik bakımının hedefi tıbbi tedavi odaklıdır. Hemşire burada bireyin yaşam bulgularını izleyerek, tıbbi tedavisini uygulayarak ve gereksinimlerini karşılayarak akut durumun kontrol altına alınmasına katkı sağlar. Akut dönem sonrası hemşirelik bakımının hedefi ise kontrol altına alınan akut durumun birey tarafından sürdürülmesinin sağlanmasıdır. Bu süreç ve dönem, birey için yeni ve zor bir dönemdir. Bu dönem bireyin kronik hastalığının ömür boyu süreceğini, dönem dönem hastaneye yatması gerekeceğini, belirsizlikler yaşayacağını ve hastalığı ile yeni bir yaşam düzeni kurması gerektiğini fark ettiği bir dönemdir. Bu dönemde hemşirenin de fark etmesi gereken yön kronik hastalığın bireyin

tüm yaşamını etkileyecek ve yaşam boyu sürecek olmasıdır (Bektaş Akpınar ve Aşkın Ceran, 2019).

Bireyin bu yeni yaşam döngüsündeki tedaviye uyma ve tedaviyi sürdürme sürecinde hemşirenin rolü çok önemlidir. Bu rol içinde hemşire bireyi merkez alan bir yaklaşım ile bireyin tedavi sürecini nasıl değerlendirdiğini öğrenmeli, tedaviyi sürdürmekte zorlanıyorsa bunun nedenini bulmalı, tedaviyi sürdürdüğü ve sürdürmediği dönemlerde bireyin neler yaşadığını ifade etmesini sağlamalı, olumlu yanları güçlendirmeli, hastanın tüm soruları yanıtlanmalı ve tedavi sürecine aile üyelerinin katılmasını sağlamalıdır (İncirkuş ve Nahcivan, 2015; Yalçın ve Türkinaz, 2011). Özellikle taburcu olduktan sonra bireyin her zaman yanında olan ailenin, tedavi süreci konusunda bilgilendirilmesi, sorularının yanıtlanması ve bu süreçte cesaretlendirilmesi bireyin tedavi sürecine uyumunda önemli ve tamamlayıcı bir etmendir (İncirkuş ve Nahcivan, 2015).

Bu bağlamda hemşirelerin özelde şizofreni ve diyabet tanısı konulan bireylerin hemşirelik bakımına yönelik rol ve sorumluluklarının yer aldığı Hemşirelik Yönetmeliği incelenmiştir (08 Mart 2010, Resmi Gazete Sayı: 27515). Yönetmelik kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında hemşirelerin hizmet sunarken çalışma alanları, pozisyonları ve eğitim kurumlarına göre görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek amacı ile hazırlanmıştır.

Yönetmelikte öncelikle her iki hastalığın hemşirelik bakımında genel hemşirelik görev, yetki ve sorumluluklarının temel alındığı belirtilmiştir. Ardından şizofreni (Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği) ve diyabet (İç Hastalıkları Hemşireliği) hastalarına yönelik yönler ayrı ayrı belirtilmiştir. Buna göre hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumlulukları şöyledir (maddeler özetlenerek alınmıştır). Hemşire; birey, aile ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek ihtiyaçlarını belirler, giderir ve denetler; bakım kalitesini değerlendirir, gerekli iyileştirmeleri yapar; tıbbi tedavinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumları hekime bildirir ve önlem alır; hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma etkinlikleri yürütür ve hizmet sunumunda, hizmetten yaralananların bireysel farklılıklarını kabul eder, olarak belirtilmiştir.

Yönetmelikte bu genel hemşirelik görev, yetki ve sorumluluklarına ek olarak psikiyatrik tedavi ve bakım gerektiren bireye yönelik hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları yönetmelikte “eğitim ve danışmanlık” başlığı altında yer almıştır. Buna göre psikiyatri

alanında çalışan hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları şöyledir (maddeler özetlenerek alınmıştır). Hemşire;

1. Tedavi ile ilgili gözlemleri doğrultusunda ekibe tedavi konusunda gerekli önerilerde bulunur,
2. Grup terapi görüşmelerine katılabilir,
3. Ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliği için gerektiğine başka disiplinlerden danışmanlık alır ya da birey/aileyi yönlendirir,
4. Kullanabileceği destek sistem ve toplum kaynaklarını değerlendirir birey/aileyi yönlendirir,
5. Hastanın gereksinim, istek ve düzeyine göre sağlık eğitimi düzenler,
6. Birey ve aileyi desteklemede, stresle baş etme, damgalanma, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişimciliği artırma, problem çözme becerisi, sosyal beceriler konularında eğitim programları planlar ve uygular,
7. Birey ve aileye ilaç ve ilaç yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular ve etkinliğini değerlendirir,

olarak belirtilmiştir.

Yönetmelikte diyabet tanısı olan bireylerin hemşirelik bakımındaki görev, yetki ve sorumlulukları Diyabet Eğitim Hemşiresi olarak belirtilmiştir. Buna göre diyabet eğitim hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları şöyledir (maddeler özetlenerek alınmıştır). Hemşire;

1. Bireye uygulanan bakım, tedavi, eğitim ve gözlemleri kaydeder, hemşirelere bilgi verir,
2. Hekim/hemşireler tarafından konsültasyon istenen bireyleri değerlendirir, eğitim ve bakım ihtiyaçlarını belirler, bakımın planlanma ve uygulamasını düzenler,
3. Bireyin bakımında görev alır, yaşam kalitesini yükseltmek için danışmanlık yapar. Bireyin kendi kendini yönetimine destek olur,
4. Kabul edilen ilaç ve protokoller doğrultusunda tedaviyi yönlendirir,

5. Bireyi düzenli bir şekilde izler, komplikasyonları önleme konusunda birey ve aileyi eğitir.
 6. Birey ve aileye insülin becerisi kazandırır, her düzeyde eğitim program geliştirilmede rol alır,
 7. Bireyi diyabetik ayak yönünden değerlendirir, bakım ve önemi konusunda bilgilendirir,
 8. Bireyin gereksinimleri doğrultusunda bireysel/grup eğitimleri planlar, uygular değerlendirir ve kaydeder,
- olarak belirtilmiştir.

Hemşirelik Yönetmeliği incelendiğinde şizofreni ve diyabet hastalığı olan bireylerin hemşirelik bakımının kapsamlı bir içerikte tanımlandığı görülmüştür. Yönetmelikte tanımlanan hemşirelik girişimlerinin kronik hastalıkların yalnız akut döneminde değil, akut dönem sonrasında da bireylerin tedavilerine uyma ve tedavilerini sürdürmelerinde yardımcı olacak yaklaşımlar olarak değerlendirilmiştir. Örneğin, şizofreni tanısı konulan bireyin bakımında hemşirenin görev, yetki ve sorumluluğunda hemşirenin; gözlemlerini ekip ile paylaşma, öneride bulunma; grup terapilerine katılma; hizmetin etkinliği için danışmanlık alma; birey ve/veya aileyi gerekli destek sistem ve toplum kaynaklarına yönlendirme; gerek ve istek doğrultusunda birey ve aileyi güçlendirme amacı ile eğitim programları düzenlemek ve özellikle ilaç kullanımına bağlı yaşanan sorunlara eğilmeyi kapsaması olarak belirtilebilirken; aynı durum diyabet tanısı konulan bireyle bakım veren servis hemşiresini yönlendiren Diyabet Eğitim Hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluğunda da görülmektedir. Diyabet tanısı alan bireye bakım veren hemşirenin; birey ile ilgili bakım, tedavi, eğitim ve gözlemlerini hemşirelerle paylaşmak; istenen konsültasyonları değerlendirip gerekli bakımı planlamak; yaşam kalitesini yükseltmek ve bireyi öz bakımına yönlendirmek; bireyi tedavi, komplikasyonlar ve özellikle diyabetik ayak yönünden izlemek birey ve aileyi eğitmek, insülin yapma becerisi kazandırmak diyabet hemşiresinin görev ve sorumlulukları arasında yer almaktadır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amaç ve Deseni

Bu çalışma, hemşirelerin şizofreni ve diyabet gibi kronik bir hastalığı olan bireylerin tedavilerine uyamama/sürdürememelerinde sorumlu gördükleri kişileri; iki hastalık arasında konuya ilişkin bir fark görüp görmedikleri ve çözüm yaklaşımlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı desende planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Terminolojisi

Araştırmanın terminolojisi aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

Yeni mezun hemşire: Hemşirelik lisans eğitimini bir yıl önce tamamlamış olan hemşire,

Şizofreni hastalığı olan birey: Şizofreni tanısı konmuş birey,

DM hastalığı olan birey: Tip 2 Diyabet tanısı konmuş birey,

Tedaviye uyamama/sürdürememe: Bireyin, tedavi sürecinde; reçete edilen ilaçları önerilen doz ve zamanda düzenli kullanmaması, reçete edilmeyen ilaçları kullanması, kontrollere devam etmemesi, sağlık çalışanlarının sağlığı ile ilgili önerilerini davranış düzeyinde gösterememesi (Dikeç ve Kutlu, 2015).

3.3. Araştırma Soruları

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır,

1. Yeni mezun hemşireler şizofreni hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememesinde sırası ile kimleri sorumlu görmektedirler?
2. Yeni mezun hemşireler diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememesinde sırası ile kimleri sorumlu görmektedirler?
3. Yeni mezun hemşirelere göre şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe nedenleri arasında fark var mı?
4. Yeni mezun hemşirelerin şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uymasını/sürdürmesini sağlamaya yönelik benimsedikleri yaklaşımlar arasında fark var mı?
5. Yeni mezun hemşirelerin çalışıyor olma durumuna göre şizofreni ve diyabet hastalarının tedavilerine uyamama/sürdürememe nedenleri arasında bir fark var mı?

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır

Bağımlı Değişkenler

Yeni mezun hemşirelerin şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememelerine ilişkin görüşleri

Bağımsız Değişkenler

- Ailede şizofreni öyküsü olma durumu
- Ailede şizofreni öyküsü olan bireyin yakınlık derecesi
- Ailede diyabet öyküsü olma durumu
- Ailede diyabet öyküsü olan bireyin yakınlık derecesi
- Yeni mezun hemşirenin çalışma durumu

3.5. Araştırmanın Varsayımları

Bu araştırma yeni mezun hemşirelerin, lisans eğitimleri boyunca ülkemizde kronik hastalıkların sık görülmesi ve bu hastaların tedavilerine uyamama/sürdürememe sorunları yaşamalarına yönelik, hemşireliğe özgü profesyonel bir sorumluluk geliştirmiş oldukları varsayımı üzerine kurgulanmıştır.

3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma bir kampüs üniversitesi olan KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile yapılmıştır. Yüksekokulda lisans düzeyinde eğitim-öğretime 2015 yılında başlanmıştır. Üniversite ve hemşirelik bölüm öğrencileri daha çok Konya ilinde yaşayan öğrencilerden oluşmaktadır. Hemşirelik bölümüne yıllık öğrenci kabul sayısı 90-100 öğrencidir.

Hemşirelik bölümünün kuruluşundan bu yana Ülkemizin diğer hemşirelik lisans programlarından iki farklı özelliği bulunmaktadır. Bunlardan biri kullanılan müfredat programının öğrenciye hemşireliğin temel ve uygulama bilimlerine ilişkin bilgi ve becerilerin yanında geniş bir dünya görüşü kazandırılmayı hedeflemesidir. Diğer farklı özelliği ise, hemşirelik derslerinin uygulamasında hasta bakımının planlanmasında Orem'in (1973) Öz-bakım Eksikliği Kuramı'nın kullanılmasıdır.

Bölümde halen hemşirelik alanında tam zamanlı bir, yarı zamanlı iki profesör, tam zamanlı dört doktoralı öğretim üyesi ve üç araştırma görevlisi ile lisans eğitimi sürdürülmektedir. Klinik/saha uygulamalarında öğrenci gruplarının bir öğretim elemanı ile çalışmaları hedeflenmektedir. Bu araştırmanın verileri Haziran 2021- Ekim 2021 tarihleri arasında toplanmış ve sözü edilen üniversite ve bölümünde yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde 2019-2020 eğitim-öğretim dönem mezunu 76 öğrencinin tamamı alınmıştır. Bu nedenle örneklem seçimine gidilmemiştir, kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın yalnız bu grup öğrencilerle yapılmasının nedeni, grubun pandemi öncesi, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği, erişkin ve yaşlıda sağlık sorunları ve hemşireliği derslerinin, teori ve uygulamasını yüz yüze yapmış olmalarıdır.

Araştırmaya Alınma Ölçütleri

Araştırmaya alınma ölçütleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir

- 2019-2020 eğitim-öğretim döneminde çalışmanın yapıldığı üniversiteden mezun olmak

3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanması için sırası ile önce veri toplama aracı hazırlanmış, ardından uzmanlardan görüş alınmış, forma ilişkin pilot uygulama yapılmış ve son halini alan form ile veriler toplanmıştır.

3.8.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Yeni mezun hemşirelerin şizofreni ve diyabet tanısı konulan hastaların tedaviye uyamama /sürdürememe konusundaki görüşlerini belirlemek amacı ile bir veri toplama formu oluşturulmuştur. Veri toplama formunda şizofreni ve diyabet hastaları için ayrı ayrı kurgulu öyküler (narrative) ve bu öykülere dayalı yanıtlanması beklenen sorular yer almıştır.

Araştırma verileri, iki nedenle kurgulu öyküler ile toplanmıştır. Bunlardan biri yeni mezun hemşirelere, lisans eğitimlerinde aldıkları teorik ve uygulamalı derslerindeki bilgi, bakım deneyimi, tedavi süreci ve hastaları hatırlatmaktır. Diğer bir nedeni günümüzde, insan deneyimlerini, bireyin kendine özgü yaşadığı boyut ile bir bütün olarak ele almanın, tıp, hukuk, felsefe, antropoloji, sosyoloji, teolojik çalışmalarında ve hükümetlerce de önem kazanmış olmasıdır (Rodgers,2005)

Son zamanlarda tıbbi öykülerin kullanılması tıpta, hastayı, hastanın hastalık algısını, hastanın yaşadığı çıkmazları, hasta- aile ve hasta-sağlık personeli ilişkisini anlamak gibi gömülü ya da açık özelliklerin fark edilmesini kolaylaştırmıştır. Hastaya yönelik bu subjektif yaklaşımlar aynı zamanda hasta merkezli olmayı ve insanı tekrar bir özne olarak görmeyi tıba geri getirmiştir. Polkinghore vd. (1980)'de bu dönemi “öykü zamanı-sırası” (narrative turn) olarak tanımlamışlardır (Kalitskus ve Matthiessen, 2009). Böylece öykülere dayalı tıbbin (Narrative Based Medicine NBM) kanıta dayalı tıba (Evidence Based Medicine EBM) karşıt ve amaçlı olarak isimlendirildiği de belirtilmektedir (Kalitskus ve Matthiessen, 2009). Bu anlamda öyküye dayalı tıbbın, tıp sanatının bir uygulaması olarak görülmesi durumunda, kanıta dayalı tıp ile öyküye dayalı tıp birbirlerini bütünlemektedirler (Kalitskus ve Matthiessen,2009).

Tıpta öykü kullanımı yaygınlaşırken, hemşirelikte ve özellikle psikiyatri hemşireliğinde de öykü yöntemi kullanılmaktadır. Öyküler hastanın günlük ve geçiş dönemlerindeki yaşamlarını anlama, kriz, gelişim dönemlerinin kritik dönüm noktalarında, ilişkilerde yaşanan değişimlerde, psikiyatri tanısı konulduğunda, alevlenme dönemlerinde ve yaşamsal olayların semptomlar ile ilişkisine bakma boyutunda ruh sağlığı hemşireliğinde önemli görülmüştür.

Rodgers (2005) belirttiğine göre Bartol 1989'da bireylerin kişisel öykülerine ilişkin veri toplamada, öykü tekniğine farklı bir bakış açısı getirerek öyküleri masal söyleme türünden çıkartmış ve gerçek ile objektif bir biçimde veri toplama yolu olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Öykü okunduğu ya da dinlendiği zaman bilişsel, sembolik ve duygusal yollarla bilgi toplandığını vurgulamışlardır. Toplanan bu bilgiler tek bir kişinin, belirli bir zaman içinde yaşadığı durumu ve bu durumun yansımalarına yönelik bir bilgi özelliğindedir. Örneğin bir bütünlük içinde bireyin aile ve yakınları ile ilişki ve etkileşimini anlama, bireyin

deneyiminin şekillenmesindeki etmenleri tanıma, sergilenen olayların birey için ne anlama geldiğini açığa çıkarma, bireyin yaşam öyküsünü tanıma ve yorumlamaya yardımcı olduğu (Wang ve Geale, 2015) insanların motivasyonlarını, bunların sonuçlarını, kendini tanımayı, başkalarını tanımayı, kim olduğunu, nereye gittiğini anlamayı ve sağlık personelinin de kendi görevini anlamasını sağladığı belirtilmiştir (O'Connell, 2009; Charon, 2001). Ayrıca öykü ile bir durumun derinlemesine anlaşılacağı ve aynı zamanda dinleyene ya da okuyana, okuma sırasında yeni bağlantılar keşfetme ve içgörü kazandırdığı belirtilmektedir (Rodgers, 2005).

Bu anlayışlardan yola çıkarak araştırmanın verilerinin toplanmasında kurgulu öykü yöntemi kullanılmıştır. Araştırmacı öykülerin hazırlanmasında teknik olarak bu iki grup hastanın yaşadıkları ile ilgili literatür ve çoğunlukla kalitatif araştırmalar, bireylerin hastalık süreçlerini birinci şahıstan ifade eden kitaplar ve klinik gözlemlerden yararlanmıştır. Kurgulu öyküde esas olarak şizofreni ve diyabet hastaların olağan geçmiş öyküleri, hasta-aile ilişkisi, bireylerin tutumları, yaşanan çıkmazlar, yaşanan kararlılık/kararsızlıklar, hasta-bakım veren sağlık personeli ilişkileri, hastaların kendilerini iyileşmiş/hasta hissetmeleri, yakın çevrenin etki ve tepkileri, tedavi sürecini anlatma gibi şizofreni ve diyabet hastalarının yaşamlarına ilişkin tema ve deneyimlere yer verilmiştir ("Hikaye Yazma Teknikleri", 2022).

Öykülerde olaylar, bireylerin niyet, görüş ve düşüncelerinin, kronolojik oluş sırasına göre geçmiş zaman ve şimdiki zamanda ve birinci şahıstan ifadelerle anlatılmıştır. Öyküler aile içinde, ev ortamında ele alınarak olay örgüsü oluşturulmuştur. Öykülerde, herhangi bir olayın nasıl olduğu ve nasıl geliştiğini okuyucunun gözünde canlandırmak amaçlanmıştır. Öyküler yaklaşık 335 kelimedenden oluşmuştur.

Veri toplama formu 14 kapalı ve dört açık uçlu olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmuştur. Bu 18 soru veri toplama formunda dört bölümde düzenlenmiştir. İlk bölümde üç demografik soru (sorular 1,2,3), ikinci bölümde şizofreni ve diyabet öyküleri ve öykülere ilişkin sorular (şizofren için sorular 4,5,6,7 ve diyabet için sorular 8,9,10,11) ve üçüncü bölümde şizofreni ve diyabet hastalarının karşılaştırılmasına ilişkin sorulardan oluşmuştur (sorular 12-18) (Ek1)

Oluşturulan form uzman görüşleri için bir uzman psikiyatri hemşiresine ve iki psikiyatriste gönderilmiştir. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde kapsam geçerlilik

indeksi (Content Validity Index) kullanılmış ve maddelerin KGI'leri 1.00 olarak bulunmuştur. Yanıt seçeneklerine ilişkin gelen bir öneri üzerine seçenekler değiştirilmiş ve veri toplama formuna son şekli verilmiştir. Veri toplama formunun 14.06.2021 tarihinde üç farklı üniversiteden (Selçuk Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi) mezun 10 hemşire ile pilot uygulaması yapılmıştır. Farklı üniversitelerden mezun olan hemşirelerin önerileri doğrultusunda anket formu yeniden düzenlenmiştir. Soruların anlaşılabilirliğini tekrar sınamak amacıyla 22.06.2021'de, bu şekli ile anket formu, önceki pilot uygulamaya katılan hemşirelerden farklı üç hemşireye gönderilmiş ve forma son şeklini almıştır.

3.9. Verilerin Toplanması

Pilot uygulamalar tamamlandıktan sonra 24.06.2021'de Google Form ile hazırlanmış olan anket soruları, örneklem grubunda yer alan 76 yeni mezun hemşireye e- posta aracılığıyla iletilmiştir. Bu tarihte gönderilen e-postaya yalnız dört yeni mezun hemşireden yanıt alınmıştır. Geri dönüşün yeterli olmaması nedeniyle birkaç kez e-posta ve bireysel telefon mesajları ile yeniden hatırlatma yapılarak toplam 60 yeni mezun hemşireye ulaşılmıştır. Yetmiş altı yeni mezunun 60'ından yanıt alınması ile, çalışmanın yanıt alma oranı %79 olarak belirlenmiştir.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmeden önce, iki açık uçlu sorunun (sorular 5 ve 9) yanıtları araştırmacı ve tez danışmanı ile beraber gruplandırılmıştır. Ardından tez danışmanı ve uzman psikiyatri hemşiresi tarafından ayrı ayrı tekrar gruplandırılmıştır. Daha sonra bu iki uzmanın gruplama sonuçları birbirleri ile karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmada ifadeleri yorumlama değil, ifadelerin kelimesi kelimesine gruplanmasına karar verilmiş ve tüm gruplama bu şekilde tamamlanmıştır. Bu sürecin sonunda sorular 5 ve 9'a verilen yanıtlar aşağıdaki gibi gruplanmıştır.

Soru 5'te şizofreni hastasının tedaviye uyamamasında/tedaviyi sürdürememesinde birinci sırada sorumlu gördüğünüz kişiyi öncelikli görme nedenleri

Sorumlu Görülen Kişi	Tedaviye Uyamama/Sürdürememede Sorumlu Görülme Nedenleri
Aile	Aile işlevini yerine getirmede yetersizlik Hastanın ruh halini anlamada yetersizlik Hastaya ve hastalığa inanmada yetersizlik
Hasta	Hastanın kendi iradesi (istenç) Hastanın kendi sorumluluğunu almaması Hastalığını kabullenmeme (inkâr)
Doktor	Bilgilendirmede yetersizlik Doktor-Hasta etkileşim eksikliği Tedavi sürecinde en büyük payın hekimde olması
Hemşire	Hemşirenin istedik yaklaşım sergilemesinde yetersizlik

Soru 9'da diyabet hastasının tedaviye uyamamasında/tedaviyi sürdürememesinde birinci sırada sorumlu gördüğünüz kişiyi öncelikli görme nedenleri

Sorumlu Görülen Kişi	Tedaviye Uyamama/Sürdürememede Sorumlu Görülme Nedenleri
Hasta	Kendi kararına göre davranma Hastalığı inkâr etme ve kabullenmeme Yeme alışkanlıklarından vazgeçememe Kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenmeme
Aile	Ailenin hastanın ruh halini anlamaması Aile desteğinin yetersiz olması
Hemşire	Hastayı bilgilendirmede yetersizlik Hemşirenin görevini yerine getirmesinde yetersizlik
Doktor	Hastanın ve ailenin bilgilendirilmesinde, tedaviye katılımını sağlamada yetersizlik

Bu aşamadan sonra veriler bilgisayara aktarılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler, yüzdelik vb ile) ve analizler için Ki kare testi uygulanmıştır.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için KTO Karatay Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve etik kurul onayı (Tarih: 09.02.2021 Sayı: 2021/042) alınmıştır (Ek-2). Katılımcılara araştırmaya ilişkin bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır. Araştırmanın giderleri için herhangi bir destek alınmamış olup, giderler araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Araştırma planı ya da raporlama aşamasında herhangi bir kuruluş ya da şahıs ile çıkar ilişkisine girilmemiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde yeni mezun hemşirelerin veri toplama formundaki öyküleri okumakla, hastaların yaşamındaki gömülü ya da açık deneyimleri anlayarak, gerçek üzerinden veri sunmaları beklenmiştir. Elde edilen veriler bu bölümde sunulmaktadır.

Araştırma bulguları üç bölümde sunulmuştur. İlk bölümde yeni mezun hemşirelerin şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememelerinde birinci derecede sorumlu gördükleri bireylere ilişkin görüşleri, nedenleri ve demografik veriler ile ilişkileri; ikinci bölümde yeni mezun hemşirelerin şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe nedenlerine ilişkin görüşleri; üçüncü bölümde, yeni mezun hemşirelerin şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe sorununa çözüm yaklaşımlarına yönelik bulgular yer almaktadır.

4.1. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememelerinde Birinci Derecede Sorumlu Gördükleri Bireyler, Nedenleri ve Demografik Veriler ile İlişkileri

Bu bölümde hemşirelerin, veri toplama formundaki öyküleri okuduktan sonra, her iki hasta grubunun tedaviye uyamama/sürdürememelerinde birinci derecede sorumlu gördükleri bireyler ve sorumlu görme nedenleri sunulmaktadır. Bu tabloların hemen ardından, hemşirelerin demografik verilerine ilişkin tablolar yer almıştır.

Şizofreni hastaları için tablolar 4.1.1., Tablo 4.1.2 ve Tablo 4.1.3 ve Diyabet hastaları için tablolar 4.1.4, Tablo 4.1.5 ve Tablo 4.1.6.'da sunulmaktadır.

Tablo 4.1.1: Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofren Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememelerinde Birinci ve Diğer Derecelerde Sorumlu Gördükleri Kişiler (n=60)

	Sorumlu Görülen Kişiler								x ²	p	
	Aile		Hasta		Doktor		Hemşire				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
1. Derece	29, a	48	15, b	25	13, b	22	3, c	5			
2. Derece	14,ab	23	15,ab	25	10, b	17	21, a	35			
Sıra	3. Derece	8, a	13	10, a	17	29, b	22	13, a	22	56,933[‡]	0,000
	4. Derece	9, a	15	20, b	33	8, a	38	23, b	38		

*p<0,05; [‡]: Ki Kare Testi; Özet istatistikler Sayı (Yüzdeler) değer olarak verilmiştir. a, b, c: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder (p<0.05)

Tablo 4.1.1’de yeni mezun hemşirelerin öyküdeki şizofren hastasının tedaviyi sürdürmemeye/uyamamasında birinci derecede sorumlu gördükleri kişiler sırası ile aile (%48), hasta (%25), doktor (%22) ve hemşire (%5) olmuştur. Bu tabloya göre hemşirelerin ilk sırada aileyi, doktor, hasta ve hemşireden daha sorumlu görmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4.1.2: Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofren Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememesinde Birinci Derecede Sorumlu Gördükleri Kişinin Sorumlu Görülme Nedenleri (n=60)

Sorumlu Görülen Kişi	Tedaviye Uyamama/Sürdürememede Sorumlu Görülme Nedenleri	n	%
Aile	Aile işlevini yerine getirmede yetersizlik	12	41
	Hastanın ruh halini anlamada yetersizlik	11	38
	Hastaya ve hastalığa inanmada yetersizlik	6	21
Hasta	Hastanın kendi iradesi (istenç)	6	40
	Hastanın kendi sorumluluğunu almaması	6	40
	Hastalığını kabullenmeme (inkâr)	3	20
Doktor	Bilgilendirmede yetersizlik	7	54
	Doktor-Hasta etkileşim eksikliği	3	23
	Tedavi sürecinde en büyük payın hekimde olması	3	23
Hemşire	Hemşirenin istendik yaklaşım sergilemesinde yetersizlik	3	100

Özet istatistikler *Sayı (Yüzdeler)* değer olarak verilmiştir.

Tablo 4.1.2’de yeni mezun hemşirelerin öyküdeki şizofren hastaların tedaviye uyamama/sürdürememesinde aileyi (işlevi, ruh halini ve hastayı anlamada yetersizlik), hastayı (kendi iradesi, sorumluluk almaması ve hastalığı kabullenememesi) doktoru (bilgilendirme ve hasta etkileşiminde eksiklik, büyük payın kendisinde olduğunda eksiklik) ve hemşireyi (istendik yaklaşım sergilemekte yetersizlik) sorumlu görmüşlerdir.

Tablo 4.1.3: Yeni Mezun Hemşirelerin Demografik Verileri ile Şizofren Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememesinde Sorumlu Gördükleri Kişiler (n=60)

		Şizofren Hastalarının Tedavisinde Sorumlu Görülen Kişiler								X ²	p
		Aile		Hasta		Doktor		Hemşire			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Çalışma durumu	Çalışıyor	13,b	30	23,b	52	3,a	7	5, a	11	8,062[‡]	0,005
	Çalışmıyor	2,ab	13	5,ab	31	5,a	31	4, a	25		
Ailede şizofreni/DM öyküsü olma durumu	Yalnız diyabet var	15	25	28	47	8	14	8	14	0,767 [‡]	0,381
	İkisi de var	0	0	0	0	0	0	1	100		
Hastanın Yakınlık Derecesi	Birinci derece akraba	8	42	6	32	1	5	4	21	11,742 [‡]	0,068
	İkinci derece akraba	7	19	17	47	7	19	5	14		
	Bireyin kendisi	0	0	5	100	0	0	0	0		

*p<0,05; ‡:Ki Kare Testi; Özet istatistikler Sayı (Yüzdeler) değer olarak verilmiştir. a, b:Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder (p<0,05)

Tablo 4.1.3’de çalışan hemşirelerin demografik verilerine göre, öyküdeki şizofren hastanın tedaviye uyamama/sürdürememesinde sorumlu gördüğü kişiler, sırası ile hasta (%52) aile (%30), hemşire (%11) ve doktor (%7) olmuştur. Çalışmayan hemşireler ise, birinci derecede hasta ve doktoru beraber (%31), üçüncü derecede hemşire (%25) ve sonuncu derecede aileyi (%13) sorumlu gördüklerini belirtmişlerdir.

Hemşirelerin demografik verilerine göre, çalışan hemşireler hastaların tedaviye uyamamasında, hasta ve aileyi, hemşire ve doktordan daha sorumlu görmüşlerdir. Çalışmayan hemşireler ise, şizofren hastaların tedaviye uyamama/sürdürememesinde doktor, hemşire, hasta ve ailenin, eşit sorumlulukta olduğunu düşünmüşlerdir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05). Ailede diyabet ya da şizofreni öyküsü olup olmama durumu ve varsa hastanın yakınlık derecesi ile sorumlu gördükleri kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablolar 4.1.1, 4.1.2 ve 4.1.3 özetlenecek olursa, yeni mezun hemşireler, öyküdeki şizofren hastanın tedaviye uyamama/sürdürememesinde sırasıyla aile, hasta, doktor ve hemşireyi, yetersizlik ve eksikliklerine bağlı, sorumlu görmüşlerdir. Hemşireler çalışıyor olmalarına bağlı olarak bu sıralamayı hasta, aile, hemşire ve doktor olarak değiştirmişlerdir (Tablo 4.1.3). Bu tabloda hemşire bakış açısı ile şizofren hastanın konumuna bakıldığında; hastanın tedaviyi sürdürmede kendi haline bırakılmış olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 4.1.4: Yeni Mezun Hemşirelerin Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememelerinde Birinci ve Diğer Derecelerde Sorumlu Gördükleri Kişiler (n=60)

Sıra	Sorumlu Görülen Kişiler								x ²	p
	Hasta		Aile		Hemşire		Doktor			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
1. Derece	28, b	47	15, a	25	9, a	15	8, a	13	38,667	0,000
2. Derece	11, b	18	24, a	40	11, b	18	14, b	23		
3. Derece	7, b	12	12, ab	20	19, ac	32	22, c	37		
4. Derece	14, ab	23	9, a	15	21, b	35	16, ab	27		

*p<0,05; χ²: Ki Kare Testi; Özet istatistikler Sayı (Yüzdeler) değer olarak verilmiştir.

Tablo 4.1.4'te yeni mezun hemşirelerin öyküdeki diyabet hastasının tedaviye uyamama/sürdürememede sorumlu gördükleri kişiler sırasıyla hasta (%47), aile (%25), hemşire (%15) ve doktor (%13) olmuştur. Hemşirelerin diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememesinde hastayı, aile, doktor ve hemşireden daha sorumlu görmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 4.1.5: Yeni Mezun Hemşirelerin Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememesinde Birinci Derecede Sorumlu Gördükleri Kişinin Sorumlu Görülme Nedenleri (n=60)

Sorumlu Görülen Kişi	Tedaviye Uyamama/Sürdürememede Sorumlu Görülme Nedenleri	n	%
Hasta	Kendi kararına göre davranma	10	36
	Hastalığı inkâr etme ve kabullenmeme	8	29
	Yeme alışkanlıklarından vazgeçememe	6	21
	Kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenmeme	4	14
Aile	Ailenin hastanın ruh halini anlamaması	11	73
	Aile desteğinin yetersiz olması	4	27
Hemşire	Hastayı bilgilendirmede yetersizlik	7	78
	Hemşirenin görevini yerine getirmesinde yetersizlik	2	22
Doktor	Hastanın ve ailenin bilgilendirilmesinde, tedaviye katılımını sağlamada yetersizlik	8	100

Özet istatistikler Sayı (Yüzdeler) değer olarak verilmiştir.

Tablo 4.1.5'te yeni mezun hemşirelerin öyküdeki diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememesinde hastayı (kendi kararına göre davranma, hastalığı kabullenememe,

alışkanlıklarından vazgeçememe ve sorumluluğunu üstlenememe), aileyi (hastanın ruh halini anlamama ve desteğinin yetersiz olması), hemşireyi (bilgilendirme ve görevini yerine getirmede yetersizlik) ve doktoru (hasta ve aileyi bilgilendirmede ve tedaviye katmada yetersizlik) sorumlu gördüklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.1.6: Yeni Mezun Hemşirelerin Demografik Verileri ile Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememesinde Sorumlu Gördükleri Kişiler (n=60)

		Diyabet Hastalarının Tedavisinde Sorumlu Gördükleri Kişiler								x ²	p
		Hasta		Aile		Hemşire		Doktor			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Çalışma durumu	Çalışıyor	12, ab	27	23,b	52	3, a	7	0,a	14	5,831 ‡	0,049 *
	Çalışmıyor	3, a	19	6, b	38	0, a	0	7,b	44		
Ailesinde şizofreni/D M öyküsü olma durumu	Yalnız diyabet var	15	26	29	49	3	5	12	20	2,857 ‡	0,091
	İkisi de var	0	0	0	0	0	0	1	100		
Hastanın Yakınlık Derecesi	Birinci derece akraba	5	26	8	42	2	11	4	21	2,727 ‡	0,842
	İkinci derece akraba	8	22	19	53	1	3	8	22		
	Bireyin kendisi	2	40	2	40	0	0	1	20		

*p<0,05; x²: Ki Kare Testi; Özet istatistikler Sayı (Yüzdeler) olarak verilmiştir.

Tablo 4.1.6’da çalışan yeni mezun hemşireler demografik verilerine göre diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememesinde sorumlu gördükleri kişiler, sırası ile aile (%52), hasta (%27), doktor (%14) ve hemşire (%7) olmuştur. Çalışmayan hemşireler ise sırası ile doktor (%44), aile (%38) ve hastayı (%19) sorumlu görürken, hemşireyi hiç (%0) sorumlu görmediklerini belirtmişlerdir.

Çalışan hemşireler hasta ve aileyi, hemşire ve doktordan daha fazla sorumlu görmüşlerdir. Çalışmayan hemşireler ise, hastaların tedaviye uyamamasında doktoru ve aileyi, hemşire ve hastadan daha sorumlu gördüklerini belirtmişlerdir. Çalışan ve çalışmayan hemşirelerin görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0,05).

Ailede diyabet ya da şizofreni öyküsü olup olmama durumu ve varsa hastanın yakınlık derecesi ile sorumlu gördükleri kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablolar 4.1.4, 4.1.5 ve 4.1.6 özetlenecek olursa, yeni mezun hemşireler, öyküdeki diyabet hastasının tedaviye uyamama/sürdürememesinde sırasıyla hasta, aile, hemşire ve doktoru, anlayamama ve yetersizliklerine bağlı, sorumlu görmüşlerdir. Hemşireler çalışma durumlarına göre bu sıralamada farklılık göstermişlerdir. Çalışan hemşireler aile, hasta, doktor ve hemşire sırasını belirtirken, çalışmayan hemşireler ise, sıralarını doktor, aile, hasta ve hemşire olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.1.6). Bu tabloda hemşire bakış açısı ile diyabet hastasının konumuna bakıldığında; hastanın tedaviyi sürdürmede kendi haline bırakılmış olduğunu düşündürmektedir.

4.2. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama\Sürdürememe Nedenlerine İlişkin Görüşleri

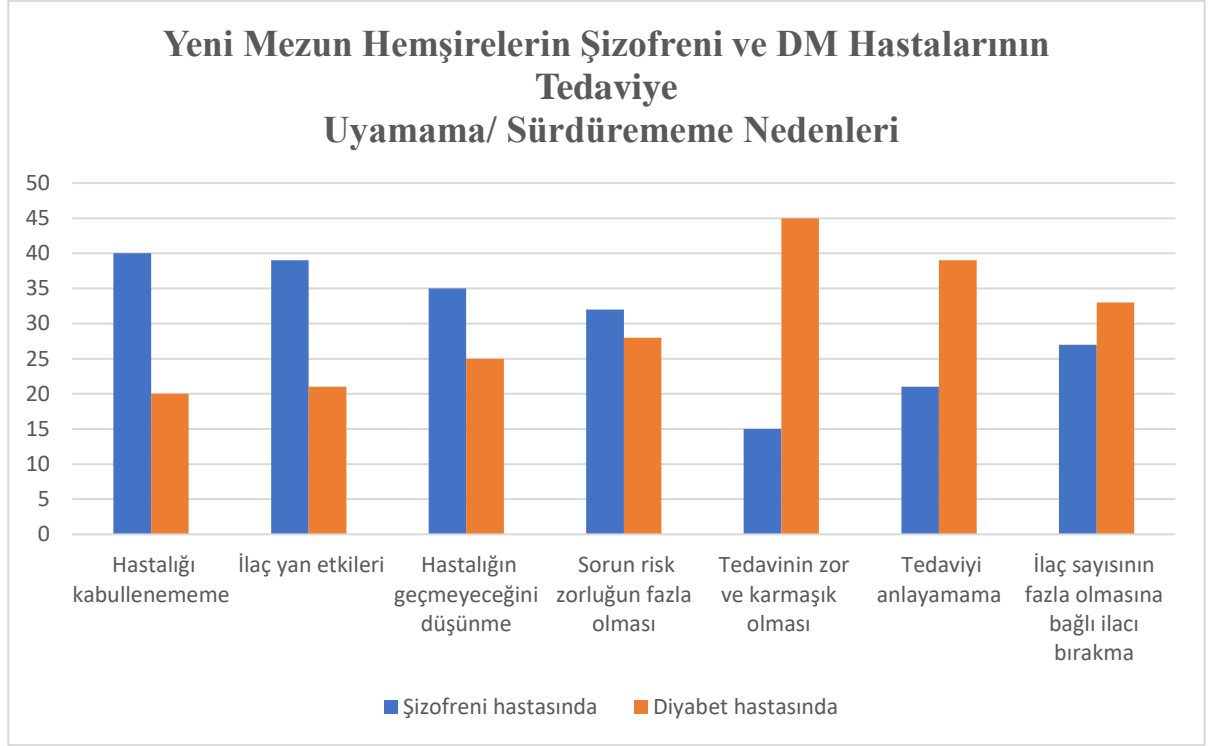
Bu bölümde, her iki hastalıkta tedaviye uyamama/sürdürememe nedenleri olarak literatürde yer alan bulgulardan, hemşirelerin kendilerine uygun geleni seçmesi beklenmiştir. Elde edilen görüşler Tablo ve Grafik 4.2.1’de sunulmaktadır. Bu amaç için literatürde, hastalığı kabullenememe, tedaviyi anlayamama, hastalığın geçmeyeceğini düşünme, tedavinin zor ve karmaşık olması, ilaç yan etkilerinin görülmesi, ilaç sayısının fazla olması, sorun risk ve zorluğun fazla olması olarak yedi bulgu kullanılmıştır.

Tablo 4.2.1: Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememe Nedenlerine İlişkin Görüşleri (n=60)

		n	%	x ²	p
Kişinin hastalığı kabullenememesi bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	40 a	67	6,667	0,010
	Diyabet hastasında	20 b	33		
Hastanın tedaviyi anlayamaması bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	21 b	35	5,400	0,020
	Diyabet hastasında	39 a	65		
Kişinin tedavi ile hastalığın geçmeyeceğini düşünmesi hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	35	58	1,667	0,197
	Diyabet hastasında	25	42		
Tedavinin zor ve karmaşık olması bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	15 b	25	15,000	0,000
	Diyabet hastasında	45 a	75		
İlaç yan etkilerinin görülmesi bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	39 a	65	5,400	0,020
	Diyabet hastasında	21 b	35		
İlaç sayısının fazla olmasına bağlı ilacı bırakma hangisinde önemli	Şizofreni hastasında	27	45	0,600	0,439
	Diyabet hastasında	33	55		
Bu iki hastadan hangisinde sorun risk zorluk daha fazla	Şizofreni hastasında	32	53	0,267	0,606
	Diyabet hastasında	28	47		

*p<0,05; x²: Ki Kare Testi; Özet istatistikler Sayı (Yüzdeler) olarak verilmiştir.

Tablo ve Grafik 4.2.1.'de yeni mezun hemşireler, şizofren ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe nedenlerini belirtirken şizofreni hastalarının hastalığı kabullenememe (%67), ilaç yan etkileri (%65) tedavi ile hastalığının geçmeyeceğini düşünme (%58), sorun ve riski daha fazla görme (%53) gibi nedenlere değinmişlerdir. Aynı tabloda hemşireler diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe nedenlerinde tedavinin zor ve karmaşık olduğunu düşünme (%75), tedaviyi anlayamama (%65) ve ilaçların fazla olması (%55) gibi nedenleri belirtmişlerdir.



Grafik 4.2.1. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni Ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/ Sürdürememe Nedenleri

Tablo ve Grafik 4.2.1' de yeni mezun hemşirelerin bu yanıtları ile şizofreni ve diyabet hastalarının hastalığı kabullenememe (şizofreni %67, DM %33), tedaviyi anlayamama (şizofreni %35, DM %65) tedavinin zor ve karmaşık olması (şizofreni %25, DM %75) ve ilaç yan etkilerinin görülmesi (şizofreni %65, DM %35) gibi yönlerden aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$)

Tablo 4.2.2: Yeni Mezun Hemşirelerin Çalışma Durumuna Göre Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/ Sürdürememe Nedenlerine İlişkin Görüşleri (n=60)

		Çalışma durumu				x ²	p
		Çalışıyor		Çalışmıyor			
		n	%	n	%		
Kişinin hastalığı kabullenememesi bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	28	64	12	75	0,682	0,409
	Diyabet hastasında	16	36	4	25		
Hastanın tedaviyi anlayamaması bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	16	36	5	31	0,135	0,713
	Diyabet hastasında	28	64	11	69		
Kişinin tedavi ile hastalığının geçmeyeceğini düşünmesi hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	24	55	11	69	0,974	0,324
	Diyabet hastasında	20	45	5	31		
Tedavinin zor ve karmaşık olması bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	13	30	2	12	1,818	0,178
	Diyabet hastasında	31	70	14	88		
İlaç yan etkilerinin görülmesi bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	25 a	57	14 b	88	4,855	0,028
	Diyabet hastasında	19 a	43	2 a	12		
İlaç sayısının fazla olmasına bağlı olarak bırakma hangisinde önemli	Şizofreni hastasında	23 a	52	4 b	25	3,876	0,045
	Diyabet hastasında	21 a	48	12 a	75		
Bu iki hastadan hangisinde sorun risk zorluk daha fazla	Şizofreni hastasında	21	48	11	69	2,084	0,149
	Diyabet hastasında	23	52	5	31		

*p<0,05; x²: Ki Kare Testi; Özet istatistikler Sayı (Yüzdeler) değer olarak verilmiştir.

Tablo 4.2.2’de hemşirelerin çalışma durumu ile ilaç yan etkilerinin hangi hastalıkta daha önemli olduğu sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Bu farkın, çalışmayan hemşirelerin, ilaç yan etkilerinin şizofreni hastalarında diyabet hastalarına göre daha önemli olduğunu belirtmelerinden kaynaklandığı görülmüştür.

Hemşirelerin alışma durumu ile ilaç sayısının fazla olmasına bağlı ilacı bırakmanın hangi hastalıkta daha önemli olduğu sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu farkın, çalışmayan hemşirelerin, ilaç sayısının fazla olmasına bağlı ilacı bırakmada diyabet hastalarında şizofren hastalarına göre daha önemli olduğunu belirtmelerinden kaynaklandığı görülmüştür.

Yeni mezun hemşirelerin ailelerinde yaygın diyabet öyküsü (%98) görülmesi nedeni ile Tablo 4.2.3'te yalnız diyabet öyküsü ve yakınlık derecesi olan mezunların görüşleri sunulmaktadır.

Tablo 4.2.3: Yeni Mezun Hemşirelerin Ailelerindeki Diyabet Öyküsü Yakınlık Derecesine Göre Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/ Sürdürememe Nedenlerine İlişkin Görüşleri

		Ailede Diyabet Öyküsü Yakınlık Derecesi						x ²	p
		Birinci derece akraba		İkinci derece akraba		Bireyin kendisi			
		n	%	n	%	n	%		
Kişinin hastalığı kabullenememesi bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	11a,b	58	28b	78	1a	20	7,55	0,02
	Diyabet hastasında	8a,b	42	8b	22	4a	80		
Hastanın tedaviyi anlayamaması bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	9	47	9	25	4	60	4,23	0,12
	Diyabet hastasında	10	53	27	75	2	40		
Kişinin tedavi ile hastalığın geçmeyeceğini düşünmesi hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	11a,b	58	24b	67	0a	0	8,03	0,01
	Diyabet hastasında	8a,b	42	12b	33	5a	100		
Tedavinin zor ve karmaşık olması bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	4	21	9	25	2	40	0,75	0,68
	Diyabet hastasında	15	79	27	75	3	60		
İlaç yan etkilerinin görülmesi bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	13	68	21	58	5	100	3,49	0,17
	Diyabet hastasında	6	32	15	42	0	0		
İlaç sayısının fazla olmasına bağlı olarak bırakma hangisinde önemli	Şizofreni hastasında	9	47	16	44	2	40	0,09	0,95
	Diyabet hastasında	10	53	20	56	3	60		
Bu iki hastadan hangisinde sorun riski daha fazla	Şizofreni hastasında	9	47	18	50	5	100	4,80	0,09
	Diyabet hastasında	10	53	18	50	0	0		

*p<0,05; x²: Ki Kare Testi; Özet istatistikler Sayı (Yüzdeler) olarak verilmiştir.

Tablo 4.2.3.'de 1. derece ve 2. derece akrabalarında diyabet öyküsü olan hemşireler, şizofren hastalarda hastalığı kabullenememeyi daha önemli görmüşlerdir. Ancak kendileri diyabet hastası olan hemşireler, hastalığı kabullenememeyi diyabet hastalarında daha önemli görmüşlerdir. Hemşirelerin görüşlerindeki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Aynı tabloda 1.derece ve 2.derece akrabalarında diyabet öyküsü olan hemşireler, şizofren hastalarda tedavi ile hastalığın geçmeyeceğini düşünmenin daha önemli olduğunu belirtmişlerdir. Ancak kendileri diyabet hastası olan hemşireler, hastalığın geçmeyeceğini düşünmenin diyabet hastalarında daha önemli olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin görüşlerindeki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablolar 4.2.1, 4.2.2 ve 4.2.3. özetlenecek olursa; şizofreni hastalarında tedaviye uyamama/sürdürememede hastalığı kabullenememe ve ilaç yan etkileri önemli görülmüştür. Diyabet hastalarında ise tedaviyi anlayamama ve tedavinin zor ve karmaşık olarak belirtilmiştir (Tablo 4.2.1). Çalışmayan hemşireler ilaç yan etkilerinin görülmesini şizofren hastalarında daha önemli görmüşlerdir. Aynı tabloda çalışmayan hemşireler ilaç sayısının fazlalığına bağlı ilacı bırakmayı diyabet hastalarında daha önemli görmüşlerdir (Tablo 4.2.2). Kendileri diyabet hastası olan hemşireler, hastalığı kabullenememe ve geçmeyeceğini düşünmeyi şizofren hastalarına göre diyabet hastalarında daha önemli görmüşlerdir. Aynı tabloda ailelerinde birinci ve ikinci derecede diyabet öyküsü olan hemşireler, hastalığı kabullenememe ve geçmeyeceğini düşünmede şizofren hastalarını daha önemli gördüklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.2.3).

4.3. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememe Sorununa Çözüm Yaklaşımları

Hemşirelerden ilk önce öykülere dayanarak her iki hastalıkta tedaviye uyamama/sürdürememede sorumlu gördükleri kişi ve nedenleri belirlemeleri istenmiştir. Ardından her iki hastalıkta tedaviye uyamama/sürdürememede ayrıcalıklı yönleri seçmeleri istenmiş ve sonra soruna yönelik benimsedikleri çözüm yaklaşımına bakılmıştır. Burada tedavi yöntemine odaklanma ve duruma hastanın gözü ile bakma olarak iki tedavi yaklaşımı kullanılmıştır. Bu tedavi yaklaşımları literatüre dayanarak belirlenmiştir.

Yeni mezun hemşirelerin şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe sorununa çözüm yaklaşımları Tablo 4.3.1’de sunulmaktadır.

Tablo 4.3.1: Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememe Sorununa Çözüm Yaklaşımları (n=60)

		Tedaviye Uyamama/Sürdürememe Sorununa Çözüm Yaklaşımları				x ²	p
		Tedavi yöntemine odaklanma		Duruma hastanın gözüyle bakma			
		n	%	n	%		
Şizofreni	Evet	45	75	50	83	2,406	0,000
	Hayır	12	20	6	10		
	Fikrim yok	3	5	4	7		
Diyabet	Evet	43	72	50	84	5,290	0,071
	Hayır	14	23	5	8		
	Fikrim yok	3	5	5	8		

*p<0,05; **p<0,01; x²: Ki Kare Testi; Özet istatistikler Sayı (Yüzdeler) değer olarak verilmiştir.

Tablo 4.3.1’de hemşirelerin, hastaların tedaviye uyamama/sürdürememe sorununa çözüm yaklaşımında duruma hastanın gözüyle bakma (şizofreni %83, diyabet %84) ve hastalığın tedavi yöntemine odaklanma da (şizofreni %75, diyabet %72) her iki hastalık arasında ayırt edici bir seçim yapmadıkları görülmüştür.

Hemşirelerin, şizofreni ve diyabet hastalıklarında tedaviye uyamama/sürdürememe sorununa çözüm yaklaşımlarında, tedavi yöntemine odaklanma ve duruma hasta gözüyle bakma, arasında grup içi ve gruplar arası sayısal fark bulunsa da, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Hemşirelerin, şizofreni ve diyabet hastalıklarında tedaviye uyamama/sürdürememe sorununa çözüm yaklaşımlarında, çalışma durumu, ailede diyabet öyküsü olma durumu ve varsa yakınlık derecesi ile ilişkilerine bakılmıştır. Ancak istatistiksel bir fark bulunamamıştır. Bu nedenle tablolara bulgularda yer verilmemiştir.

Tablo 4.3.1. özetlenecek olursa, her iki hastalıkta da mezun hemşirelerin hasta merkezli bakımı benimsedikleri görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma yeni mezun hemşirelerin, şizofreni ve diyabet hastalığı olan bireylerin tedaviye uyamama/sürdürememe sorununa hemşire bakış açısı ile bakmak üzere planlanmıştır. Araştırma bulguları, üç başlık altında tartışılmıştır.

1. Yeni mezun hemşirelerin şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememelerinde birinci derecede sorumlu gördükleri bireyler, nedenleri ve demografik veriler ile ilişkilerinin tartışılması
2. Yeni mezun hemşirelerin şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe nedenlerine ilişkin görüşlerinin tartışılması
3. Yeni mezun hemşirelerin şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe sorununa yönelik çözüm yaklaşımlarının tartışılması

5.1. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememelerinde Birinci Derecede Sorumlu Gördükleri Bireyler, Nedenleri ve Demografik Veriler ile İlişkilerin Tartışılması

Bu bölümde hemşirelerin öyküleri okuduktan sonra her iki hasta grubunun tedaviye uyamama/sürdürememelerinde birinci derecede sorumlu gördükleri bireyler, sorumlu görme nedenleri ve demografik verilerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Bu çalışmada yeni mezun hemşirelerin öyküde, şizofren hastaların tedaviye uyamama/sürdürememelerinde sorumlu gördükleri kişiler; birinci derecede aile, ardından hasta, doktor ve dördüncü ve sonuncu derecede hemşire olmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.1.1).

Bu bulgu ile, araştırmanın birinci sorusu olan yeni mezun hemşireler şizofreni hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememesinde sırası ile kimleri sorumlu gördükleri sorusu yanıtlanmıştır. Bu kişilerin ortak sorumlu görülme nedenleri, yetersizlik ve eksikliklerine dayandırılmıştır (Tablo 4.1.2.). Hemşirelerin ailenin işlevlerini yerine getirememesi, hastayı, ruh halini ve hastalığı anlamada yetersiz kalmasına ilişkin bulgular, literatürle de desteklenmiştir. Bu literatürde, ailenin, hastalığın tedavi sürecini, prognozunu, (Tel vd., 2010), etiyolojisini bilmediklerini, ilacın bağımlılık yapabileceğini (Durat vd., 2016); ailenin gelecek kaygısı ile hastayı evlendirme ve bir işte çalışmaya yönlendirme (Yıldız vd., 2010) gibi bulgular bu çalışmadaki ailenin yetersiz kalma durumunu desteklemektedir.

Hemşirelerin, doktorun, bilgilendirme yetersizliği, hasta ile etkileşim eksikliği ve tedavi sürecinde en yetkin görülmelerine ilişkin bulgularını destekleyen, sağlık personeli bakış açısı ile yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yine hemşireler, öyküde yer almadığı halde, meslektaşlarının hastaya istedik yaklaşım sergilemede yetersiz kaldıklarını düşünerek, kendilerini sonuncu derecede sorumlu görmüşlerdir. Hemşirelerin kendilerini sonuncu derecede sorumlu görmelerinin öyküde hemşirenin yer almamasına bağlı olduğu düşünülmüştür. Konuya ilişkin literatürde bu çalışma bulgularını doğrudan destekleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu koşulların, şizofreni hastalarının tedavi sürecinde, sağlık personelinin mesleki görev ve sorumluluklarını, ailenin de kendi yapısal ve işlevsel sorumluluğunu yerine getiremediğinden, hastaların kendilerini belirsizlik içinde ve yalnız hissedebilecekleri düşünülmüştür. Hemşireler bu konumdaki hastanın kendi sorumluluğunu alamadan, hastalığı kabullenmeden, tedavisini kendi iradesi (istenç) ile sürdürmeye çalıştığını tanımlamışlardır. Dobber vd. (2018)'nin yaptıkları nitel araştırmada hastaların “işler daha iyi gittiğinde haplarımı almayı bırakırım”, “ilaçlara ihtiyacım yok, bıraktım”, “bu ilaçların benim için önemli olduğunu düşünmüyorum”, “yan etkilere yol açmasaydı kabul etmek daha kolay olurdu”, gibi ifadeleri hastanın kendi iradesi ile tedavi sürecini yönettiğinin örnekleridir.

Şizofren hastaların tedaviye uyamama sürdürememesinde çalışan ve çalışmayan hemşireler arasında görüş farklılığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.3.). **Bu bulgu ile araştırmanın beşinci sorusu olan yeni mezun hemşirelerin çalışıyor olma durumuna göre şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe nedenleri arasında bir farklılık var mı?** sorusu yanıtlanmıştır. Bu farklılığa göre, çalışan hemşireler, hasta ve aileyi, hemşire ve doktordan daha sorumlu görürken, çalışmayan hemşireler, doktor, hemşire, hasta ve aileyi eşit sorumlulukta görmüşlerdir ($p<0.05$) (Tablo 4.1.3.). Çalışan hemşirelerin bu yanıtları, klinikte öncelikle hasta ve refakatçi kalan aileyi bir arada görmelerine bağlanmıştır. Hemşirelerin bu süreçte kendilerini doktordan önce sorumlu görmeleri, hemşirelerin olması gereken konumlarını fark ettiklerini düşündürmüştür. Çalışmayan hemşirelerin ise bu sürece daha ideal ve teorik baktıkları şeklinde yorumlanmıştır. Bu bulgular, çalışmayan hemşirelerin eğitimde kazandıkları ekip bütünlüğü (hasta-aile-sağlık personeli) anlayışını koruduklarını, çalışan

hemşirelerin ise klinik koşullarında ekip bütünlüğü anlayışını kaybettikleri şeklinde yorumlanmıştır.

Konuya diyabet hastaları yönü ile bakıldığında yeni mezun hemşirelerin diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememesinde sorumlu gördükleri kişiler; birinci derecede hasta, ardından aile, hemşire ve dördüncü ve sonuncu derecede doktor olmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.1.4). **Bu bulgu ile araştırmanın ikinci sorusu olan yeni mezun hemşireler diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememesinde sırası ile kimleri sorumlu gördükleri sorusu yanıtlanmıştır.** Bu kişilerin sorumlu görülme nedenleri şizofren hastalarında olduğu gibi diyabet hastalarında da yetersizliklere dayandırılmıştır (Tablo 4.1.5.). Hemşireler aileyi, hastanın ruh halini anlama ve desteklemede yetersiz kaldıkları için sorumlu görmüşlerdir. Bu bulguları destekleyen aile bakış açısı ile yapılan çalışmalara rastlanmamıştır. Aynı tabloda hemşireler, öyküde yer almadıkları halde, hastayı bilgilendirme ve görevlerini yerine getirmede yetersiz kaldıklarını düşünerek, kendilerini de üçüncü derecede sorumlu görmüşlerdir. Hemşireler, doktoru ise hasta ve aileyi bilgilendirme ve tedaviye katmada yetersiz kaldıklarını düşünerek sonuncu derecede sorumlu görmüşlerdir. Bu bulguları destekleyen Abdulhadi vd. (2013) tarafından sağlık personeliyle yapılan nitel çalışmada hemşireler “sağlık eğitimi verecek vaktimiz yok, doktor var” diye düşüncelerini belirtmişlerdir. Doktorlar ise hemşire ve diğer sağlık personelinin yeterli düzeyde donanımlı olmadıklarını ifade etmişlerdir. Kendileri için de sorumluluklarını yerine getirememelerini iş yüklerinin fazlalığı ve takım çalışmasının olmaması olarak açıklamışlardır.

Hemşireler bu tablodaki diyabet hastasının konumunu, kendi sağlık sorumluluğunu alamadan, hastalığını kabullenmeden, yeme alışkanlıklarından vazgeçmeden ve kendi kararları doğrultusunda tedavilerini sürdürmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Bu görüşler, diyabet hastalarının da şizofren hastaları gibi gereksindiği destek ve rehberliği alamadıkları ve tedavi sürecinde yalnız kaldıklarını düşündürmüştür.

Hemşireler, şizofren hastalara benzer şekilde diyabet hastalarının da tedaviye uyamama/sürdürememelerinde çalışma durumlarına göre farklılık sergilemişlerdir. **Bu bulgu ile araştırmanın beşinci sorusu olan yeni mezun hemşirelerin çalışıyor olma**

durumuna göre şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe nedenleri arasında bir farklılık var mı? sorusu yanıtlanmıştır.

Bu farklılığa göre çalışan hemşireler hasta ve aileyi, hemşire ve doktordan daha sorumlu görürken, çalışmayan hemşirelerin doktor ve aileyi, hemşire ve hastadan daha sorumlu gördükleri belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.1.6.). Diyabet hastaları genelde refakatçileri ile beraber yatırıldığından hemşireler tedavi sürecinde, hasta ve aileyi bir arada görme ve yakından izleme olanağına sahiptirler. Bu koşulların çalışan hemşirelerin tedavi sürecinde hasta ve aileyi, doktor ve hemşireden daha sorumlu görmelerine yansıdığı düşünülmüştür. Araştırmaya katılan hemşirelerin lisans eğitimleri, hasta-hemşire iletişim ve etkileşimine odaklı, hasta merkezli yaklaşımı benimseyen bir felsefeye dayanmaktadır. Bu donanımlarına karşın hemşireler, diyabet hastalarında kendilerini geri planda ve zayıf etkililikte görmüşlerdir. Bunun nedeninin klinik işleyişin hasta ve aile odaklı çalışma yerine, iş odaklı çalışmalarının hemşirelerin görüşlerine yansıdığını düşünülmüştür.

Bu aşamada yeni mezun hemşirelerin her iki hastalıkta da tedaviye uyamama/sürdürememede ortak yönleri özetlenecek olursa; her iki grupta da aile ve sağlık personelinin tedavi sürecinde hastaya destek olmada yetersiz ve eksik kalmaları olmuştur. Bu durum hastaları, tedavilerini kendi kendilerine yönetmek durumunda bıraktığı şeklinde değerlendirilmiştir. Bu ortak yöne ek olarak, hastalık sürecinde örneğin, yeni bir hastalık tanısı konması, yeni bir komplikasyonun ortaya çıkması, eş, iş kaybı gibi gelişmelerde de bireylerin yeniden uyum sağlamaya gereksinim duyacak olmaları bu iki grup için diğer bir ortak yön olarak değerlendirilmiştir.

Kronik hastalıklarda genel olarak tedaviyi sürdürmede yaşanan sorunları açıklamak ve aşmak konusunda çeşitli yaklaşımlar geliştirilmiştir. Bunlardan biri Merley Mishel (1990)'in geliştirdiği Hastalıklarda Belirsizlik Kuramıdır. (Uncertainty in Illness Theory). Mishel kuramında kronik bir hastalığı olan bireylerin, hastalıklarının, yol açtığı dengesizliklerde yeniden bir anlam bulabilmek için duruma nasıl sürekli belirsizlikler kattıklarını açıklamıştır (Mishel, 1990). Mishel bireyin bu dengesizlik durumundan bir düzluğe çıkmasında ya da bireyin yeni bir denge kurmasında sağlık personelinin yardımına ihtiyacı olduğunu belirtmektedir. Konuya ilişkin diğer bir yaklaşım da Kronik Hastalık Yönetimi için Bir Rehber: Kronik Bakım Modelidir. Model Wagner ve arkadaşları tarafından 2002'de geliştirilmiştir. Modelde, bireyin günlük akut bakımının,

koruyucu, toplum temelli ve birey merkezli bakıma dönüştürülmesi hedeflenmiştir. Bireye karar verme desteği, öz-yönetim desteği gibi toplam altı bileşenden oluşmuştur. (İncirkuş ve Nahcivan,2015).

Mishel ve Wagner vd. (2002) kronik hastalıklarda bireylerin tedavilerine uyamama/tedavilerini sürdürememe sorunlarına yönelik geliştirdikleri kuram ve modellerden başka şizofreni tanısı konulan bireylere yönelik bir Tedaviye Uyum Programı Gray vd. (2006) tarafından geliştirilmiştir. Bu programda bilişsel, davranışçı tedavi, psikoeğitim, sosyal beceri programları ve aileye yönelik girişimler ile bireylerle yedi oturum halinde kurgulanmıştır. (Dikeç ve Kutlu, 2015). Programın etkililiği Türkiye’de Dikeç ve Kutlu (2016) tarafından test edildiğinde, iç görü ve damgalanma üzerinde etkili olmadığı ancak ilaç uyumuna olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur (Dikeç ve Kutlu ,2016). Chien vd. (2015) tarafından motivasyonel görüşmenin kullanıldığı çalışmada bireyin ilaç ve semptom şiddeti üzerine olumlu yönde etkisi olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar ve bu çalışmanın bulgularından da görüldüğü gibi bireyler kronik hastalıkların tedavi sürecinde çok boyutlu etkilenmektedir. Bu nedenle sağlık personelinin tedavi odaklı değil hasta odaklı bakımı benimsemesi gerekmektedir. Kronik hastalıklarda hemşire yaklaşımlarının uyum programları ile desteklenmesinin bu hastaların tedavi sürecini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

5.2. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/ Sürdürememe Nedenlerine İlişkin Görüşlerin Tartışılması

Bu bölümde her iki hastalıkta tedaviye uyamama/sürdürememe nedenleri olarak literatürde yer alan yedi bulgudan, hemşireler kendilerine uygun geleni seçmişlerdir.

Yeni mezun hemşirelerin çoğu, şizofren hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememelerinde “hastalığı kabullenememe” ve “ilaç yan etkilerinin görülmesini”, diyabet hastalarına göre daha önemli görmüşlerdir ($p<0.05$) (Tablo 4.2.1.). Hemşirelerin şizofreni hastalarının bu “kabullenememe” ve “ilaç yan etkileri”ne ilişkin görüşleri, öğretimlerinde yer alan, teorik ve klinik uygulamalarındaki kazanımlarının bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Aynı tabloda hemşireler diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememelerinde “tedaviyi anlayamama” ve “tedavinin zor ve karmaşık olmasını”, şizofren hastalarından daha önemli gördüklerini bildirmişlerdir ($p<0.05$) (Tablo 4.2.1.). **Bu bulgu ile araştırmanın üçüncü sorusu olan Yeni mezun**

hemşirelere göre şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe nedenleri arasında fark var mı? sorusu yanıtlanmıştır. Bu görüşler yeni mezunlar tarafından diyabet hastalığının “zor, karmaşık bir tedavi süreci olması ve hastaların bu süreci “anlamakta zorlanmalarının” farkında oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Diyabet hastalığının toplumda sık görülmesi ve yeni mezunların bu hastalık sürecine sık tanıklık etmelerinin görüşlerine yansdığı düşünülmüştür.

Bu bölümde sırası ile önce şizofreni hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememesinde “kabullenememe” ve “ilaç yan etkilerine” ilişkin; ardından diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememesinde “tedaviyi anlayamama” ve “tedavinin zor ve karmaşık olması”na ilişkin bulgular literatür ile karşılaştırılmıştır.

Bu çalışmada ilaçların yan etkilerine ayrıntılı değinilmemiştir. Ancak literatürde hasta bakış açısı ile yer alan çalışmalarda yan etkiler, sedasyon, uyuşukluk, sersemlik (Dilbaz vd., 2006), kaygı, uyku, yorgunluk hissi, konsantrasyon zorluğu, kilo alma, cinsel işlev bozukluğu, iş yapma yeteneğinde sınırlanma (Doane vd., 2020), (Dobber vd., 2018) olarak belirtilmiştir. Bu yan etkilerin bireyin günlük yaşamını etkileyebilecek nitelikte olduğunu düşündürmüştür. Dobber vd. (2018)’nin çalışmasında tükürük salgılamada artmaya ek olarak Lin vd. (2022)’nin sağlık personeli bakış açısı ile yaptıkları çalışmada postural hipotansiyon, el titremesi, iç görü eksikliği, uykusuzluk, uyuşukluk, uyku hali gibi yan etkileri belirtmişlerdir. Dobber vd. (2018) ve Lin vd. (2022) ’nin belirttikleri bu yan etkilerin, daha çok dikkatleri birey üzerine çekecek nitelikte olduklarından, bireyin sosyal yaşamını etkileyebileceklerini düşündürmüştür. Buradan yola çıkarak şizofreni hastalarının ilaç yan etkilerine ve hastalığı kabullenememeye bağlı tedavilerine uyamama/sürdürememe sorununun fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik çok boyutlu bir sorun olduğu, bu sorunun hasta, aile ve sağlık personeli tarafından da farkında olduğu görülmüştür.

Yeni mezun hemşireler, diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe nedeni olarak “hastalığı anlayamama” ve “tedavinin zor ve karmaşık olmasını” belirtmişlerdir. Bu nedenler bilme ve uygulama bütünlüğü gösterdiği için bu iki görüş birlikte tartışılmıştır. Bu hastaların, zor ve karmaşık olan diyabet hastalığı ile ne tür duygular yaşadıklarını örneklendiren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda hastaların uyumunu etkileyen en önemli nedenin, beslenme alışkanlığında değişiklik yapmak ve bu

değişiklikte direnmek (Kartal vd.,2008); birden fazla ilacın birden fazla kez alımını yönetme zorunluluğu, (Aloudah vd.,2018); ilaç kullanmaya uyum sağlamanın, yaşam biçimini değiştirmeye göre daha kolay olduğunu; yalnız insülin tedavisi alan hastalara göre oral antidiyabetik ilaç ve insülin tedavisi olan hastaların, destek ve öneri almada daha fazla engel ile karşılaştıkları belirlenmiştir (Üstündağ vd., 2021).

Literatürde daha çok bu bulguları destekler çalışmalar nitel çalışmalar olmuştur. Örneğin, Jeragh-Alhaddad vd. (2015)'nin hasta bakış açısı ile yaptıkları çalışmalarında hastalar, diyabet hastalığını anlayamadıklarını, zor ve karmaşık bulduklarını: “Diyabetin grip gibi olduğunu düşündüm, en fazla bir ay kadar ve gitmiş olacaktı. Bu yüzden bir süre ilaçlarımı aldım ve sonra işler daha da kötüye gidene kadar yıllardır bıraktım”, “Bu ilaçlar işe yaramaz. Onları yıllardır alıyorum ve hala bir şey hissetmedim. Diyabetim asla tedavi edilmedi”. “İçten içe, şeker hastası olduğumu kabul edemiyorum. Henüz şeker hastalığım ile barışamadım, inkar ediyorum” gibi ifadeleri ile anlatmışlardır (Jeragh-Alhaddad vd., 2015). Guenette vd. (2015)'nin yaptıkları benzer çalışmada da hastalar, “İlaçlarımın ayarlanması üzücü, bazen almayı unutuyorum. Ama ilaçlarım artınca bunu daha ciddiye almaya başladım”, “Başlangıçta ciddiye almadığımı düşünüyorum. Kendime şöyle diyordum, iyiyim bana neden doktor bunu veriyor bilmiyorum. Belki bir gün buna ihtiyacım olmayacak” gibi ifadeleri ile anlayamama ve tedavinin zor ve karmaşık olmasını anlatmışlardır (Guenette vd.,2015).

5.3. Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/Sürdürememe Sorununa Çözüm Yaklaşımlarının Tartışılması

Daha önceki bölümlerde hemşirelerin her iki hastalığa ilişkin belirledikleri tedaviye uyamama/sürdürememe nedenlerinden sonra benimsedikleri çözüm yaklaşımları bu bölümde tartışılmıştır.

Yeni mezun hemşireler, şizofren ve diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe sorununa çözüm yaklaşımlarında, hastalığın tedavi yöntemine odaklanma ve duruma hastanın bakış açısı ile bakma arasında net bir seçim yapmamışlardır. Her iki hastalık grubunda da duruma hastanın bakış açısıyla bakıldığında az bir sayısal fark görülmüşse de istatistiksel bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). **Bu bulgu ile araştırmanın dördüncü sorusu olan yeni mezun hemşirelerin şizofreni ve diyabet hastalarının tedaviye uymasını/sürdürmesini sağlamaya yönelik benimsedikleri yaklaşım yönünden**

aralarında fark var mı? sorusu yanıtlanmıştır. Buradan yola çıkarak iki grup arasında sayısal fark az da olsa, hemşirelerin hasta gözüyle bakma çözüm yaklaşımını benimsemiş olmaları, bireye özgü bakımı benimsediklerini göstermektedir. Tedavi yönetimine odaklanma ile hasta gözüyle bakma arasındaki farkın yüksek olmaması ise hemşirelerin iki yaklaşımın birbirini bütünlediği yönünde görmelerinden kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır.

Konuya ilişkin literatür incelendiğinde Abdulhadi vd. (2013)'nin sağlık personeli bakış açısı ile baktıkları nitel çalışmada, hemşire ve doktorların hasta odaklı yaklaşımı benimsedikleri halde, iş yükü ve takım çalışma eksikliği nedeni ile bunu gerçekleştiremediklerini ifade etmişlerdir. Bu durumda tedavi yöntemine odaklanma yaklaşımını zorunlu olarak kullanan doktorların, hastaları tehdit ettiklerini ve korkuttuklarını paylaşmışlardır. Belirsizlik ve çaresizlik içeren bu tabloya karşın bazı doktorlar, hastalarına dostça yaklaşarak bu sorunu aşabildiklerinden söz etmişlerdir (Abdulhadi vd.,2013).

Bu çalışmadaki yeni mezun hemşirelerin hastanın tedaviye uyamama/sürdürememelerinde çözüm olarak hasta odaklı yaklaşımı benimsemeleri ancak uygulamaya yansıtamadıkları fark edilmiştir. Bu farklılığın, hemşirelerin klinikte rol modeli görmemesi ve hasta odaklı çalışmak yerine iş odaklı çalışılmalarına ve ekip çalışmasının bulunmamasına bağlı olduğunu düşündürmüştür. Bu anlamda bu çalışma bulgusu ile Abdulhadi vd., (2013) literatürdeki nitel çalışması ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesiyle şu sonuçlara ulaşılmıştır.

- Yeni mezun hemşireler şizofren ve diyabet hastalarının ev ortamındaki yaşantılarını öykü aracılığı ile fark edebilmişlerdir.
- Yeni mezun hemşirelerin öyküye dayanarak şizofren hastalarında tedaviye uyamama sürdürmemeye de sırasıyla aile, hasta, doktor ve hemşireyi sorumlu gördükleri belirlenmiştir. Birinci sırada sorumlu görme nedenleri ailede; aile işlevini yerine getirmede ve hastanın ruh halinin anlamada yetersizlik; hastada, hastanın kendi iradesi, sorumluluğunu üstlenmemesi, doktorda bilgilendirme yetersizliği, hemşirede ise hemşirenin istedik yaklaşım sergilememesinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir.
- Yeni mezun hemşireler öyküye dayanarak diyabet hastalarında tedaviye uyamama sürdürmemeye de sırasıyla hasta, aile, hemşire ve doktoru sorumlu gördüklerini belirtmişlerdir. Birinci sırada hastayı sorumlu görme nedenleri; kendi kararına göre davranma, hastalığı inkar etme ve kabullenmeme, yeme alışkanlıklarından vazgeçememe ve kendi sağlığının sorumluluğunu üstlenmeme; ailede, hastanın ruh halini anlamama ve aile desteğinin yetersizliği, hemşirede; hastayı bilgilendirmede ve görevini yerine getirmede yetersizlik, doktorda ise hasta ve ailenin bilgilendirilmesinde ve tedaviye katılımında yetersizlik olarak belirtmişlerdir.
- Yeni mezun hemşireler, şizofren hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe nedenlerinde, hastalığı kabullenememe ve ilaç yan etkilerini diyabet hastalarına göre daha önemli gördüklerini belirtmişlerdir.
- Yeni mezun hemşireler, diyabet hastalarının tedaviye uyamama/sürdürememe nedenlerinde, tedavinin zor ve karmaşık olduğunu düşünme ve tedaviyi anlayamayışı şizofren hastalarına göre daha önemli görmüşlerdir.
- Yeni mezun hemşirelerin tedaviye uyamama/sürdürememe sorununa çözüm yaklaşımları hasta odaklı bakım olmuştur.

- Yeni mezun hemşirelerin demografik verileri ile görüşlerinin karşılaştırılmasında, çalışma durumu ile ailede diyabet öyküsü ve yakınlık derecesi arasında istatistiksel bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

6.2.1. Doğrudan Araştırma Bulgularına Yönelik Öneriler

- Hemşireler hastanın tedavi ve bakımına her aşamada aileyi katmalı,
- Hemşireler bakımda hasta odaklı yaklaşımı benimsemeli,
- Hemşireler ailelere, şizofreni ve diyabet hastalığında kendilerinin önemli olduklarını ve rollerini anlatmalı,
- Hemşireler, ailelere hastalarını anlama ve destek olmada yaklaşımlar öğretmeli,
- Hemşireler, kronik hastalıkların tedavisinde kendi rol ve sorumluluklarının farkına varmalı,
- Şizofreni ve diyabet hastalarının tedavi sürecine yönelik, aile ve sağlık personeli arasında iş birliği olan bir ekip oluşturulmalı,
- Şizofreni ve diyabet hastalarının, hastalıklarının nedenini, tedavi sürecini ve özelliklerini anlaması sağlanmalı. Özellikle şizofren hastalarının hastalığı sürdürmede zorlandıklarında, diyabet hastalığı ile karşılaştırılarak anlatılmalı.
- Hemşirelerin şizofren hastalarda, ilaç yan etki yönetimine yönelik duyarlı ve önlem alıcı yöntemleri kullanmayı öğrenmeli,
- Hemşirelerin özellikle diyabet hastalığında tedavinin karmaşıklığına yönelik, hastaya özgü günlük program oluşturarak kolay uygulanabilir hale getirmeli,

6.2.2. Dolaylı Olarak Araştırma Bulgularına Yönelik Öneriler

- Özellikle diyabet hastaları için genetik geçiş konusunda hasta ve ailenin bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi,
- Kurgulanmış öykü yönteminin şizofreni ve diyabet hastaları gibi kronik hastalarda, hastaların remisyon dönemlerindeki yaşamlarını anlama ve izleme amacı ile kullanılması
- Şizofren hastaların tedavisinde uygulanan uyum programlarının, diğer kronik hastalıkların tedaviye uyumunda da hemşirelere rehberlik etmesi

KAYNAKLAR

- Abdulahadi, N. M. N., Al-Shafae, M. A., Wahlström, R., & Hjelm, K. (2013). Doctors' and nurses' views on patient care for type 2 diabetes: an interview study in primary health care in Oman. *Primary Health Care Research & Development*, 14(3), 258-269.
- Akdemir, N., & Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 13(1), 82-91.
- Akdemir, N., & Birol, L. (2005). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı.2 baskı Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Allam, M.F., & Arjona, M.O. (2013). Health promotion or pharmacological treatment for chronic diseases?. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 54 (1), 11.
- Almış, H., & Yakıncı, C. (2012). Kronik ne demektir?. *Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi*, 55(1).
- Aloudah, N. M., Scott, N. W., Aljadhey, H. S., Araujo-Soares, V., Alrubeaan, K. A., & Watson, M. C. (2018). Medication adherence among patients with Type 2 diabetes: A mixed methods study. *PloS one*, 13(12), e0207583.
- Arslan, E. (2011). Tip 2 diabetes mellituslu hastaların tedaviye uyumlarını etkileyen faktörler. (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Diyarbakır.
- Ayfer Karadakovan ve Fatma Eti Aslan (Edt.) Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım (s.817-856). Adana: Nobel Kitapevi.
- Baig, A. A., Benitez, A., Quinn, M. T., & Burnet, D. L. (2015). Family interventions to improve diabetes outcomes for adults. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1353(1), 89-112. <https://doi.org/10.1111/nyas.12844>
- Baykal, A., & Kapucu, S. (2015). Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların tedavilerine uyumlarının değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(2), 44-58
- Bektaş Akpınar, N., & Aşkın Ceran, M. (2019). Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2),140-152.
- Belli H., Özçetin, A., Ertem, Ü., Alpay, E., Bahçebaşı, T., Kıran, Ü., et al. (2007). Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8 (10).
- Charon, R., Narrative Medicine A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust, *JAMA* 2001; 286 (15) p. 1897-1902).
- Chien, W. T., Mui, J. H., Cheung, E. F., & Gray, R. (2015). Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 1-14.
- Conthe, P., Contreras, E. M., Pérez, A. A., García, B. B., de Cano Martín, M. F., Jurado, M. G., ... & Pinto, J. L. (2014). Treatment compliance in chronic illness: Current

- situation and future perspectives. *Revista Clínica Española* (English Edition), 214(6), 336-344.
- Çakır, F., İlmen, C., & Yener, F. (2010). Kronik psikotik hastalarda taburculuk sonrası takip ve tedaviye uyum. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23 (1), 50-59.
- Çalık, A. & Kapucu, S. (2017). Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: Pender'in sağlığı geliştirme modeli. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 62-75.
- Çetin, M. (2015). Şizofreni tedavisi: geçmişi, bugünü ve geleceği. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 95-9.
- Demirkol, M.E., & Tamam, L. (2016). Psikiyatrik bozukluklarda tedavi uyumu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1), 85-93
- Demirkol, M.E., Tamam, L., Evlice, Y.E., & Karaytuğ, M.O. (2015). Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. *Cukurova Medical Journal*, 40(3), 555-568
- Dikeç, G., & Kutlu Y. (2015). Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6 (1), 40-46.
- Dilbaz, N., Karamustafalıoğlu, O., Oral, T., Önder, E. & Çetin, M. (2006). Psikiyatri polikliniğe başvuran şizofreni hastalarında tedaviye uyumun ve uyumu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 16(4).
- Doane, M. J., Sajatovic, M., Weiden, P. J., O'sullivan, A. K., Maher, S., Bjorner, J. B., ... & Velligan, D. I. (2020). Antipsychotic treatment experiences of people with schizophrenia: patient perspectives from an online survey. *Patient preference and adherence*, 14, 2043.
- Dobber, J., Latour, C., de Haan, L., Scholte op Reimer, W., Peters, R., Barkhof, E., & Yan Meijel, B. (2018). Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-10.
- Dunbar Jacob, J., & Mortimer Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*. 54 (12), 57-60.
- Durat, G., Atmaca, D.A., Cengiz Açıl, H., & Aydemir Oksal, H. (2016). Şizofreni hastası olan hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin tutumları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, (39)1, 43-50
- Eray, E., & Balcı, M. K. (2005). Tip 2 diyabet tedavisi. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 12(2), 66-71.
- Eton, D.T, Elraiyah, T.A, Yost, K.J, Ridgeway, J.L, Johnson, A., Egginton, JS, ... & Montori, VM (2013). Üç kronik hastalıkta hasta tarafından bildirilen tedavi yükü önlemlerinin sistematik bir incelemesi. *Hastayla İlgili Sonuç Ölçütleri Dergisi*, 4 , 7. doi: 10.2147/PROM.S44694
- Gray, R., Leese, M., Bindman, J., Becker, T., Burti, L., David, A., ... & Tansella, M. (2006). Adherence therapy for people with schizophrenia: European multicentre randomised controlled trial. *The British Journal Of Psychiatry*, 189(6), 508-514.

- Gu nette, L., Lauzier, S., Guillaumie, L., Gigu re, G., Gr goire, J. P., & Moisan, J. (2015). Patients' beliefs about adherence to oral antidiabetic treatment: a qualitative study. *Patient Preference And Adherence*, 9, 413.
- Gülseven, B., & Oğuz, S. (2011). Kronik durumlar. Ayfer Karadakovan ve Fatma Eti Aslan (Edt.) Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım (s.105-118). Adana: Nobel Kitapevi
- Gülşen, G. & Olgun, N. (2016). İnsülin kullanan erişkin tip 2 diyabetli bireylerin tedaviye uyum süreçlerindeki deneyimleri. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 8(2),47-59.
- Gülşen, G., & Olgun, N. (2016). Tip 2 diyabetli bireylerin insülin tedavisini kabul etme ve adaptasyon sürecindeki deneyimlerinin belirlenmesi. *Uluslararası Diyabet Hemşireliği*, 13 (1-3), 21-28.
- Hazarika, S., Roy, D. & Talukdar, S. K. (2013). A study of medication nonadherence in schizophrenia. *Dysphrenia*, 4(2), 123-126.
- He, X., Li, J., Wang, B., Yao, Q., Li, L., Song, R., Shi, X., & Zhang J-a. (2017). Diabetes self-management education reduces risk of all-cause mortality in type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*, 55 (3), 712-731. doi: 10.1007/s12020-016-1168-2
- <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08858199909528619?needAccess=true>
Erişim tarihi: 10.08.2022.
- (Hikaye Yazma Teknikleri, Türk Dili ve Edebiyatı Dersleri Kaynak Sitesi, <https://www.edebiyatogretmeni.org/hikaye-yazma-teknikleri/> Erişim tarihi: 10.08.2022).
- International Diabetes Federation (IDF), 2019. IDF Diabetes Atlas Ninth Edition 2019, p. 4-152.
-  ncirkuŐ, K., & Nahcivan, N.  . (2015). Kronik hastalık yönetimi için bir rehber: Kronik bakım modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 66-75.
- Janssen, B., Gaebel, W., Haerter, M. Komaharadi, F., Lindel, B., & Weinmann, S., (2006). Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic disorders. *Psychopharmacology*, 187,229–236.
- Jeragh-Alhaddad, F. B., Waheedi, M., Barber, N. D., & Brock, T. P. (2015). Barriers to medication taking among Kuwaiti patients with type 2 diabetes: a qualitative study. *Patient Preference And Adherence*, 9, 1491
- Kalender, N., & S t u  i ek, H. (2014). Kronik hastalıkların y netimindeki engeller. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 6 (1), 46-53.
- Kalitskus, V., & Matthiessen, P. F. (2009). Narativ Based Medicine: Potential, Pitfalls and Practice, *Permanente Journal*, Winter 13(1), 80-86.
- Karakovan, A., & Aslan, F.E., (2011). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Ed: Karadakovan A, 1.baskı, Ankara, Akademisyen kitapevi, s. 727-729.
- Karakoç Kumsar, A., & Taşkın Yılmaz, F. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.

- Karakuş, G., Kocal, Y., & Sert, D. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.
- Kartal, A., Çağırğan, G., Tıǧlı, H., Güngör, Y., Karakuş, N., & Gelen, M. (2008). Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(3), 223-230.
- Kelleci, M., & E. Ata, E. (2012). Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3),105-110.
- Khan, A. R., Lateef, Z., Al Aithan, M. A., Bu-Khamseen, M. A., Al Ibrahim, I., & Khan, S. A. (2012). Factors contributing to non-compliance among diabetics attending primary health centers in the Al Hasa district of Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*, 19(1), 26.
- Kulak, E., Berber, B., Temel, H., Kutluay, S. N., Yıldırım, M., Dedeoǧlu, F. N., ... & Save, D. (2019). Aile hekimliğine başvuran bireylerde tip 2 diyabet risk düzeyinin belirlenmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 23(1), 20-30.
- Lien, Y.J., Chang, H.A., Kao, Y.C., Tzeng, N.S., Lu, C.W., & Loh, CH (2018). Şizofreni hastalarında bilişsel içgörü, kendini damgalama ve ilaç uyumunun yaşam kalitesine etkisi. *Avrupa Psikiyatri ve Klinik Sinirbilim Arşivi*, 268 (1), 27-38.
- Lin, Y. Y., Yen, W. J., Hou, W. L., Liao, W. C., & Lin, M. L. (2022). Mental health nurses' tacit knowledge of strategies for improving medication adherence for schizophrenia: a qualitative study. In *Healthcare*, 10(3),492.
- Mayberry, L. S., & Osborn, C.Y. (2012). Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35(6), 1239-1245.
- Mete, H.E. (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(3),3-18.
- Mishel, M.H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 22, 256-62.
- O'Connell, J.F. (2009). The importance of narrative knowledge. *Journal of Cancer Education*,14 (4),188-189.
- Oehl, M., Hummer, M. & Fleischhacker, W.W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 102 (Suppl. 407), 83-86.
- Olgun, N., Aslan, F.E., Coşansu, G. & Çelik, S. (2011). Diabetes Mellitus.
- Özdemir, Ü., & Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Öztürk, M. O. & Uluşahin, N. A. (2018). Ruh sağlığı ve bozuklukları. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Özyurda, F. (2018). Tıp öğrencileri için halk sağlığı. Ankara: Palme Yayınevi.
- Rodgers, B.L., (2005) *Developing Nursing Knowledge Philosophical Traditions and Influences*, Lippincott Williams and Wilkins, p. 193-195)
- Rosland, A.M & Piette, J.D. (2010). Emerging models for mobilizing family support for chronic disease management: a structured review. *Chronic Illness*, 6 (1), 7-21.

- Sağlık Bakanlığı, (2010). Hemşirelik Yönetmeliği. Resmi Gazete, (27515), 20100308-4. Erişim tarihi: 23.20.2022. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
- Shah, C., Patel, K., Amin, N. & Shah, C. (2019). Study of various factors affecting compliance in schizophrenia: A single center experience in India. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, 41-52.
- Summakoglu, D., & Ertugrul, B. (2018). Şizofreni ve tedavisi. *Lectio Scientific*, 2(1), 43-61.
- Sutherland, D., & Hayter, M. (2009). Structured review: evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *Journal of clinical nursing*, 18(21), 2978-2992.
- Tel, H., Doğan, S., Özkan, B., & Çoban, S. (2010). Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1),7-12.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD), (2020). *Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu*, Ankara, s.15-271.
- Tüzer, V. (2001). Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4, 193-201.
- Ünal, S., Çakıl, G. & Elyas, E. (2006). Taburculuk sonrası tedaviye gelmeyen psikotik hastaların özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7, 69-75.
- Üstündağ, Ş. ve Dayapoğlu, N. (2021). Tıp 2 diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde karşılaştıkları engellerin değerlendirilmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 5(3), 514-533.
- Wang, C.C., & Geale, S.K. (2015). Hikayenin gücü: Hemşirelik araştırmalarında bir metodoloji olarak anlatı araştırması. *Uluslararası Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2 (2), 195-198.
- Whittemore, R., Chase, K.S., Mandle, L.C. & Roy C.S., (2002). Life style change in type 2 diabetes a process model. *Nursing Research*, 1 (51), 18-25.
- World Health Organization, *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. file:///C:/Users/USER/Downloads/9789241514620-eng.pdf (ET: 09.08.2022).
- Yalçın, N., & Aşti, Türkinaz. (2011). Hemşire-Hasta Etkileşimi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(1), 54-59.
- Yıldız, M., Yazıcı, A., Çetinkaya, Ö., Bilici, R. & Elçim, R. (2010). Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi ve görüşleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(2), 105-113.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Ayşenur Demir

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi : 2019, *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü*

Yüksek Lisans Öğrenimi : 2022, *KTO Karatay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı*

Bildiği Yabancı Diller : *İngilizce*

Bilimsel Faaliyetleri :

İŞ DENEYİMİ

Stajlar : 2016, Meram Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi

2017, Konya Medicana Servisi, Kadın ve Doğum Hastalıkları Servisi

Psikiyatri Kliniği : 2019, Konya Beyhekim Hastanesi, Ruh Sağlığı ve

Projeler :

Çalıştığı Kurumlar : *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü*

Tarih: 29 Ağustos 2022

EK 1. YENİ MEZUN HEMŞİRELERİN GÖRÜŞLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

Değerli mezunumuz,

Bu çalışma, KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayşenur Demir tarafından yürütülen yüksek lisans tez çalışmasıdır. Sizleri “Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofren ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/ Tedaviyi Sürdürememelerine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi” konulu araştırmama katılmaya davet ediyorum. Bu araştırma, diyabet ve şizofreni hastalarının tedavilerine uyamama ya da tedavilerini sürdürememe konusunda yeni mezun hemşirelerin görüşlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ya da katıldıktan sonra çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Bu araştırmada, sizden danışmanım ile beraber hazırladığım anket formunu doldurmanızı isteyeceğim. Araştırmaya katılmanız durumunda verdiğiniz yanıtlar tek tek değil, grup halinde değerlendirilecektir. Bu nedenle adınızı yazmanız gerekmemektedir. Soruları yanıtlarken kimsenin etkisi altında kalmadan, içtenlikle sizin için uygun olan yanıtı boş bırakmadan doldurmanız, doğru bilgilere ulaşabilmem için önemlidir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma ve yayın amacı ile kullanılacaktır. Kişisel bilgi ve verileriniz gizli tutulacaktır; verileriniz yalnızca yayın amacı ile kullanılabilir.

Çalışmaya vereceğiniz değerli katkınız için şimdiden teşekkür ederim.

Öğrenci: Ayşenur Demir

Karatay Üniversitesi Hemşirelik Bölümü

Danışman: Prof. Dr. Nurgün Platin

Aşağıdaki Soruları Lütfen Size Uygun Gelen Şekilde Yanıtlayınız

1. Çalışma durumunuzu belirtiniz

a) Çalışıyor... b) Çalışmıyor...

2. Ailenizde diyabet ve/veya şizofren öyküsü var mı?

a) İkisi de yok b) Yalnız şizofreni var c) Yalnız diyabet var d) İkisi de var

3. Ailenizde diyabet ve /veya şizofreni öyküsü varsa yakınlık derecesini belirtiniz

a) I. Derece akraba..... b) II. Derece Akraba..... c) Bireyin kendisi

BUNDAN SONRAKİ SORULARI YANITLAMAYA GEÇMEDEN ÖNCE LÜTFEN AŞAĞIDA ŞİZOFRENİ TANISI OLAN BİR HASTASININ YAŞAMINDAN ALINAN ÖYKÜYÜ OKUYUNUZ.

ŞİZOFRENİ TANISI OLAN HASTANIN ÖYKÜSÜ

Adım Derya 35 yaşındayım, bir çocuk annesiyim. Yirmi beş yaşında evlendim. Evlenmeden önce de çok içine kapanık bir çocuktum. Kendi halimde olmayı seviyordum. Yirmi yaşından sonra garip sesler duymaya başladım. Beni öldüreceklerini söylüyorlardı. Geceleri uykuya dalamıyordum. Aileme anlattım. Onlar bana hiç inanmadı. Evlenirsem bu durumun geçeceğini söylediler. Görücü usulü beni evlendirdiler. Evlendikten sonra sesler ile beraber birilerini de görmeye başladım. Artık en yakın arkadaşlarım onlardı. Evliliğimiz boyunca bu durumu eşimle paylaşmak istedim. Benim hayal gördüğümü düşündü. İnsan karısına inanmaz mı? İnanmadı. Eşim de ailem gibi beni hiç anlamadı, duyduğum ve gördüğüm şeyleri anlattığımda benim hasta olduğumu düşündü. Hamilelik sürecim boyunca daha çok sesler duymaya başladım. Eşime anlattığımda hamilelik döneminde böyle şeylerin olabileceğini söyledi. Beni yine anlamamayı tercih etti. Eşim beni anlamadıkça daha çok tartıştık. Bazen öfkemi kontrol edemiyordum. En sonunda zorla doktora gittik. Bana şizofreni tanısı konuldu. Doktor da ailem ve eşime inandığı için bana bir sürü ilaç verdi. İlk bir yıl hiçbir ilacı kullanmadım. İlaçlarımı eşimin ve ailemin ısrarlarıyla zorla içiyordum. Çoğu zaman da içtiğimi söylüyordum. İlaçları içtiğimde bana neler olduğundan tabii ki haberleri yoktu. Tüm günümü uyuyarak geçiriyordum. Evimin işlerini yapamıyordum çünkü hiç halim olmuyordu. Cinsel yönden isteksizliğim eşimi mutlu etmiyordu. Beş yıl süren evliliğimiz sonunda doktorun söylediklerine inanan eşim, hasta olduğumu söyleyerek benden ayrılmak istedi. Ayrıldık. Artık ailemle birlikte

yaşıyorum. On yıl oldu ama hala beni anlamıyorlar. Yıllardır iyi olduğuma kimseyi ikna edemedim. Geçirdiğim bir atakla yeniden hastaneye yattım. Doktor ilaçları içip içmediğimi sordu. Kendimi iyi hissettiğimi, hasta olmadığımı söyledim. Tüm ısrarlarına rağmen, söyledikleri gibi ilaç kullandığım zaman da atak geçirdiğimi sanki görmüyorlar mıydı? Aylarca ilaç kullandım, sonu kocaman bir başarısızlıktı. Ama bunu onlara kabul ettiremedim tıpkı hasta olmadığımı inandıramadığım gibi. Doktor ve ailemin ilaçlar konusundaki baskılarına dayanacak gücüm kalmamıştı. Taburcu olduktan sonra ilaçları daha düzenli kullanmaya başladım. Verdikleri ilaçlar beni iyileştirmek yerine sanki beni sürekli yok ediyordu. Kilo almaya da alışmıştım sürekli uyumaya da. Kasılmalarımı ve sürekli hareket etme ihtiyacımı kontrol edemiyordum. Bütün bu olanların ilaçlardan sonra olduğunu anladım. Ben iyiydim. Bedenime bunu yapamazdım. Madem hastaydım ilaçlar neden bana zarar veriyor, neden daha kötüyüm. Hasta olmayan biri için bu kadar zaman ilaç kullanmanın gereksiz olduğunu ne ailem anladı ne eşim ne de doktorlar.

4. Size göre bu şizofreni hastasının tedaviye uyamamasında / tedaviyi sürdürememesinde “Doktor”, “Hemşire”, “Hasta”, “Aile”, “Diğer (belirtiniz)” beşlisini sorumluluk önceliğine göre çoktan aza doğru yeniden sıralayınız. Lütfen sıralamanızda bu beş sorumlunun her birini kullanınız.

5. Soru 4 ‘e göre şizofreni hastasının tedaviye uyamamasında / tedaviyi sürdürememesinde birinci sırada sorumlu gördüğünüz kişiyi öncelikli görme nedeninizi lütfen açıklayınız.

6. Bu şizofreni hastasının tedaviye uyamamasını / tedaviyi sürdürememesini önlemek/gidermek için “hastalığın tedavi yönetimine odaklanmalı” görüşüne katılır mısınız?

a) Evet..... b) Hayır c) Fikrim yok

7. Bu şizofreni hastasının tedaviye uyamamasını / tedaviyi sürdürememesini önlemek/gidermek için “duruma hastanın gözüyle bakılmalı” görüşüne katılır mısınız?

a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

BUNDAN SONRAKİ SORULARI YANITLAMAYA GEÇMEDEN ÖNCE LÜTFEN AŞAĞIDA DİYABET TANISI OLAN BİR HASTASININ YAŞAMINDAN ALINAN ÖYKÜYÜ OKUYUNUZ

DİYABET TANISI OLAN HASTANIN ÖYKÜSÜ

Adım Ayşe 55 yaşındayım üç çocuk annesiyim. On yıldır diyabet hastasıyım. Hasta olmadan önceki hayatımın değerini şeker hastası olunca anladım. Hayatta en çok zevk aldığım şey yemek yemektir. Ama sevdiğim şeyleri yemek istediğim için çocuklarım bana kızıyor, beni azarlıyor, yememi istemiyor. “Benim de canım var” ama bunun farkında bile değiller. Onlara göre her şey ölçülü, saatli. Yemek yemenin saati, dakikası mı olurmuş, ah bir de kısıtlamalara ne demezsin. Tabii ki kendimi tutamıyorum yiyorum. Onlar izin vermediği için de gece herkes uyuduktan sonra mutfağa gidip yiyorum. Şekerimin iyi olduğunu düşündüğümde ilaçlarımı içmiyorum. İlaçları içtiğimde kabızlığım daha çok artıyor, midem ağrıyor ve çok yanıyor. Hepsine katlanarak ilaçlarımı içiyorum. Ne zaman ilacımı içip içmeyeceğimi bildiğim halde, en sonunda korktuğum şey başıma geldi. Şeker ilacımın dozunun bana artık yeterli gelmediğini öğrendiğimde beynimden vurulmuşa döndüm. Hayattan en çok zevk aldığım şeylere karşı, en çok korktuğum şey, iğne. Ailecek kahvaltı masasına oturuyoruz herkes başlıyor ama benim önce iğnemi yapmam gerekiyor. Bu iğneleri de çoğu zaman yapmak istemiyorum, yapmıyorum da. Yok yemekten önce kısa insülin; yok yatmadan önce uzun insülin yapacaktım. Her zaman iğneyi kolumdan yaparsam olmazmış. Sürekli farklı bölgeye yapacaktım. Bu kadar karışık tedavi mi olur. Bunların hepsini insan nasıl aklında tutar. İlaçları hadi yine içmeyi beceriyordum. İlaçları içmem için o kadar ısrar ettikleri halde, iğne kullanmamı engelleyemediler. İlaç içmekten kaçarken şimdi bir de korktuğum iğneler geldi. Çoğu zaman yapmıyorum. Çocuklarım beni kötü gördüklerinde doktora götürmek istiyorlar, ikna etmeye çalışıyorlar en sonunda zorla doktora gidiyoruz. Gidince de “Sağlığınız için diyetinize ve ilaçlarınıza dikkat etmeniz gerekiyor” lafını duymaktan usandım. Çocuklarımı kırmamak için ilaçları düzenli kullanmaya çalışıyorum. Ama bu son sefer biraz daha farklıydı. Çocukluk arkadaşımın ölümünü duyunca çok üzüldüm.

İlaç kullandığım halde şekerim 470'e çıktı, çok kötü oldum. Acile gittik bir süre hastanede yattım. Madem ilaç etki etmeyecek neden kullanıyorum ki...dedim. Hasta olduğumun, tedavimi yapmam gerektiğinin farkındayım ama sevdiğim şeylerden de vazgeçemiyorum. Faydası olmayan ilacı kullanmak istemiyorum. Çocuklarım da bunu anlamıyor. Ben her şeyin farkındayım ama onlar değil.

8. Size göre bu diyabet hastasının tedaviye uyamamasında / tedaviyi sürdürememesinde “Doktor”, “Hemşire”, “Hasta”, “Aile”, “Diğer (belirtiniz)” beşlisini sorumluluk önceliğine göre çoktan aza doğru yeniden sıralayınız. Lütfen sıralamanızda bu beş sorumlunun her birini kullanınız.

9. Soru 8'e göre diyabet hastasının tedaviye uyamamasında / tedaviyi sürdürememesinde birinci sırada sorumlu gördüğünüz kişiyi öncelikli görme nedeninizi lütfen açıklayınız.

10. Bu diyabet hastasının tedaviye uyamamasını / tedaviyi sürdürememesini önlemek/gidermek için “hastalığın tedavi yönetimine odaklanmalı” görüşüne katılır mısınız?

a) Evet..... b) Hayır c) Fikrim yok

11. Bu diyabet hastasının tedaviye uyamamasını / tedaviyi sürdürememesini önlemek/gidermek için “duruma hastanın gözüyle bakılmalı” görüşüne katılır mısınız?

a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok

BUNDAN SONRAKİ SORULARI LÜTFEN HER İKİ ÖYKÜYÜ KARŞILAŞTIRARAK YANITLAYINIZ

12. Size göre tedaviye uyamamada / tedaviyi sürdürememede kişinin hastalığı kabullenememesi bu iki hastanın hangisinde daha önemli bir etmendir?

a) Şizofreni hastasında.... b) Diyabet hastasında....

13. Size göre tedaviye uyamamada / tedaviyi sürdürememede hastanın tedaviyi anlayamaması bu iki hastanın hangisinde daha önemli bir etmendir?

b) a) Şizofreni hastasında... b) Diyabet hastasında

14. Size göre tedaviye uyamamada / tedaviyi sürdürememede kişinin tedavi ile hastalığın geçmeyeceğini düşünmesi bu iki hastanın hangisinde daha önemli bir etmendir?

a) Şizofreni hastasında.... b) Diyabet hastasında....

15. Size göre tedaviye uyamamada / tedaviyi sürdürememede tedavinin zor ve karmaşık olması bu iki hastanın hangisinde daha önemli bir etmendir?

a) Şizofreni hastasında.... b) Diyabet hastasında...

16. Size göre hastanın tedaviye uyamamada / tedaviyi sürdürememede ilaç yan etkilerinin görülmesi bu iki hastanın hangisinde daha önemli bir etmendir?

a) Şizofreni hastasında.... b) Diyabet hastasında...

17. Size göre tedaviye uyamamada / tedaviyi sürdürememede ilaç sayısının fazla olmasına bağlı ilacı bırakma bu iki hastanın hangisinde daha önemli bir etmendir?

a) Şizofreni hastasında..... b) Diyabet hastasında.....

18. Size göre, tedaviye uyamama / tedaviyi sürdürememe açısından bu iki hastadan hangisinde sorun (risk, zorluk) daha fazladır?

a) Şizofreni hastasında..... b) Diyabet hastasında.....

YANIITLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK-2. BULGULARA İLİŞKİN TABLOLAR

Tablo 1: Yeni Mezun Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=60)

		n	%
Çalışma durumu	Çalışıyor	44	73
	Çalışmıyor	16	27
Ailede şizofreni ya da DM öyküsü olma durumu	Yalnız DM var	59	98
	İkisi de var	1	2
Ailede şizofreni ya da DM öyküsü varsa yakınlık derecesi	Birinci derece akraba	19	32
	İkinci derece akraba	36	60
	Bireyin kendisi	5	8

Özet istatistikler Sayı (Yüzdeler) olarak verilmiştir.

Tablo 1. verilerine göre yeni mezun hemşirelerin çoğunun mezun olduktan sonra çalıştığı (%73), ikinci derece akrabalarında şizofreni ya da DM öyküsü olduğu (%60) ve hemşirelerin yaklaşık hepsinin (%98) ailesinde DM tanısı olan bir bireyin bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 2: Yeni Mezun Hemşirelerin Ailelerinde şizofreni ya da DM Öyküsü Olma Durumuna Göre Şizofreni ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama/ Sürdürememe Nedenleri

		Ailede şizofreni ya da DM öyküsü olma durumu				Test İst. ‡	P
		Yalnız diyabet var		İkisi de var			
		n	%	n	%		
Kişinin hastalığı kabullenememesi bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	40	68	0	0	2,034	0,154
	Diyabet hastasında	19	32	1	100		
Hastanın tedaviyi anlayamaması bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	20	34	1	100	1,889	0,169
	Diyabet hastasında	39	66	0	0		
Kişinin tedavi ile hastalığın geçmeyeceğini düşünmesi hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	35	59	0	0	1,424	0,233
	Diyabet hastasında	24	41	1	100		
Tedavinin zor ve karmaşık olması bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	15	25	0	0	0,339	0,560
	Diyabet hastasında	44	75	1	100		
İlaç yan etkilerinin görülmesi bu iki hastanın hangisinde daha önemli	Şizofreni hastasında	38	64	1	100	0,548	0,459
	Diyabet hastasında	21	36	0	0		
İlaç sayısının fazla olmasına bağlı ilacı bırakma	Şizofreni hastasında	27	46	0	0	0,832	0,362
	Diyabet hastasında	32	54	1	100		

hangisinde önemli							
Bu iki hastadan hangisinde sorun risk zorluk daha fazla	Şizofreni hastasında	32	54	0	0		
	Diyabet hastasında	27	46	1	100	1,162	0,281

*p<0,05; **p<0,01; ‡: Ki Kare Testi (χ^2); Özet istatistikler Sayı (Yüzdeler) değeri olarak verilmiştir.

Tablo 2 de yeni mezun hemşirelerin ailelerinde yalnız DM öyküsü olma durumu ile hastalığı kabullenememe, tedaviyi anlayamama, hastalığın geçmeyeceğini düşünme, tedavinin zor ve karmaşık olması, ilaç yan etkilerinin görülmesi, ilaç sayısının fazla olması ve sorun risk ve zorluğun fazla olması yönlerinden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 3: Yeni Mezun Hemşirelerin Çalışma Durumuna Göre Şizofreni ve DM Hastalarında Tedaviye Uymayı/Sürdürebilmeyi Sağlamada Benimsedikleri Yaklaşımlar (n=60)

		Çalışma durumu				Test İst. ‡	p	
		Çalışıyor		Çalışmıyor				
		n	%	n	%			
Şizofreni	Hastalığın tedavi yöntemine odaklanmalı	evet	33	75	12	75	1,364	0,506
		hayır	8	18	4	25		
		fikrim yok	3	7	0	0		
	Duruma hastanın gözüyle bakılmalı	evet	35	80	15	94	2,045	0,360
		hayır	5	11	1	6		
		fikrim yok	4	9	0	0		
DM	Hastalığın tedavi yöntemine odaklanmalı	evet	32	73	11	69	1,703	0,427
		hayır	9	20	5	31		
		fikrim yok	3	7	0	0		
	Duruma hastanın gözüyle bakılmalı	evet	37	84	13	81	0,580	0,748
		hayır	4	9	1	6		
		fikrim yok	3	7	2	13		

*p<0,05; **p<0,01; ‡: Ki Kare Testi (χ^2); Özet istatistikler Sayı (Yüzdeler) değeri olarak verilmiştir. Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo 3’de yeni mezun hemşirelerin, çalışma durumlarına göre şizofren ve DM hastalarının tedaviye uymayı/sürdürebilmeyi sağlamada benimsedikleri yaklaşımlar yönünden aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4: Yeni Mezun Hemşirelerin Ailelerinde Şizofreni ya da DM Öyküsü Olma Durumuna Göre Şizofren ve DM Hastalarında Tedaviye Uymayı/Sürdürebilmeyi Sağlamada Benimsedikleri Yaklaşımlar

		Ailenizde Şizofreni ya da DM öyküsü olma durumu				Test İst. ‡	p	
		Yalnız DM öyküsü var		İkisi de var				
		n	%	n	%			
Şizofreni	Hastalığın tedavi yöntemine odaklanma	evet	44	75	1	100	0,339	0,844
		hayır	12	20	0	0		
		fikrim yok	3	5	0	0		
	Duruma hastanın gözüyle bakma	evet	49	83	1	100	0,203	0,903
		hayır	6	10	0	0		
		fikrim yok	4	7	0	0		
DM	Hastalığın tedavi yöntemine odaklanma	evet	42	71	1	100	0,402	0,818
		hayır	14	24	0	0		
		fikrim yok	3	5	0	0		
	Duruma hastanın gözüyle bakılma	evet	49	83	1	100	0,203	0,903
		hayır	5	8	0	0		
		fikrim yok	5	8	0	0		

*p<0,05; **p<0,01; ‡: Ki Kare Testi (χ^2); Özet istatistikler *Sayı (Yüzdelik)* değer olarak verilmiştir. Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo 4’de yeni mezun hemşirelerin, ailelerinde şizofreni ya da DM öyküsü olma durumuna göre şizofren ve DM hastalarının tedaviye uymayı/sürdürebilmeyi sağlamada benimsedikleri yaklaşımlar yönünden aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

EK-3. UZMAN GÖRÜŞÜ FORMU

Sayın Hocam,

Aşağıdaki yeni mezun hemşirelerin görüşlerini değerlendirme formuna ilişkin soruları puanlamaya uygun şekilde değerlendiriniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1: Madde uygun değil

2: Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli

3: Madde gözden geçirilmeli

4: Uygun

YENİ MEZUN HEMŞİRELERİN GÖRÜŞLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU	1: Madde uygun değil	2: Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli	3: Madde gözden geçirilmeli	4: Uygun
*Şizofren Tanısı Koyulan Hastanın Öyküsü	1	2	3	4
*Size göre bu şizofreni hastasının tedaviye uyamamasında / tedaviyi sürdürememesinde “Doktor”, “Hemşire”, “Hasta”, “Aile”, “Diğer (belirtiniz)” beşlisini sorumluluk önceliğine göre çoktan aza doğru yeniden sıralayınız. Lütfen sıralamanızda bu beş sorumlunun her birini kullanınız.	1	2	3	4
*Şizofreni hastasının tedaviye uyamamasında / tedaviyi sürdürememesinde birinci sırada sorumlu gördüğünüz	1	2	3	4

kişiyi öncelikli görme nedeninizi lütfen açıklayınız.				
* Bu şizofreni hastasının tedaviye uyamamasını / tedaviyi sürdürmemesini önlemek/gidermek için “hastalığın tedavi yönetimine odaklanmalı” görüşüne katılır mısınız? a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok	1	2	3	4
* Bu şizofreni hastasının tedaviye uyamamasını / tedaviyi sürdürmemesini önlemek/gidermek için “duruma hastanın gözüyle bakılmalı” görüşüne katılır mısınız? a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok	1	2	3	4
*Diyabet Tanısı Koyulan Hastanın Öyküsü	1	2	3	4
* Bu diyabet hastasının tedaviye uyamamasında / tedaviyi sürdürmemesinde “Doktor”, “Hemşire”, “Hasta”, “Aile”, “Diğer (belirtiniz)” beşlisini sorumluluk önceliğine göre çoktan aza doğru yeniden sıralayınız. Lütfen sıralamanızda bu beş sorumlunun her birini kullanınız.	1	2	3	4
Diyabet hastasının tedaviye uyamamasında / tedaviyi sürdürmemesinde birinci	1	2	3	4

sırada sorumlu gördüğünüz kişiyi öncelikli görme nedeninizi lütfen açıklayınız				
Bu diyabet hastasının tedaviye uyamamasını / tedaviyi sürdürememesini önlemek/gidermek için “hastalığın tedavi yönetimine odaklanmalı” görüşüne katılır mısınız? a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok	1	2	3	4
Bu diyabet hastasının tedaviye uyamamasını / tedaviyi sürdürememesini önlemek/gidermek için “duruma hastanın gözüyle bakılmalı” görüşüne katılır mısınız? a) Evet b) Hayır c) Fikrim yok	1	2	3	4
Size göre tedaviye uyamamada / tedaviyi sürdürememede kişinin <u>hastalığı kabullenememesi</u> bu iki hastanın hangisinde daha önemli bir etmendir? a) Şizofreni hastasında b) Diyabet hastasında c) Her ikisinde	1	2	3	4
Size göre tedaviye uyamamada / tedaviyi sürdürememede <u>hastanın tedaviyi anlayamaması</u> bu iki hastanın hangisinde daha önemli bir etmendir? a)Şizofreni hastasında b)Diyabet hastasında c)Her ikisinde	1	2	3	4

<p>Size göre tedaviye uyamamada / tedaviyi sürdürememede kişinin tedavi ile hastalığın geçmeyeceğini düşünmesi bu iki hastanın hangisinde daha önemli bir etmendir?</p> <p>a) Şizofreni hastasında b) Diyabet hastasında c) Her ikisinde</p>	1	2	3	4
<p>Size göre tedaviye uyamamada / tedaviyi sürdürememede <u>tedavinin zor ve karmaşık olması</u> bu iki hastanın hangisinde daha önemli bir etmendir?</p> <p>a) Şizofreni hastasında b) Diyabet hastasında c) Her ikisinde</p>	1	2	3	4
<p>Size göre hastanın tedaviye uyamamada / tedaviyi sürdürememede <u>ilaç yan etkilerinin görülmesi</u> bu iki hastanın hangisinde daha önemli bir etmendir?</p> <p>a) Şizofreni hastasında b) Diyabet hastasında c) Her ikisinde</p>	1	2	3	4
<p>Size göre tedaviye uyamamada / tedaviyi sürdürememede <u>ilaç sayısının fazla olmasına bağlı ilacı bırakma</u> bu iki hastanın hangisinde daha önemli bir etmendir?</p> <p>a) Şizofreni hastasında b) Diyabet hastasında c) Her ikisinde</p>	1	2	3	4

Size göre, tedaviye uyamama / tedaviyi sürdürmemeye açısından bu iki hastadan hangisinde sorun (risk, zorluk) daha fazladır? a) Şizofreni hastasında b) Diyabet hastasında c) Her ikisinde	1	2	3	4

EK-4. ETİK KURUL/KOMİSYON İZİNİ/MUAFİYETİ

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 2

Toplantı Tarihi: 09.02.2021

— Karar Sayısı: 2021/042: Prof Dr. Nurgün PLATİN'in, "Yeni Mezun Hemşirelerin Şizofren ve Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyamama ve Tedaviyi Sürdürememelerine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi" başlıklı araştırma projesi çalışması ile ilgili 05.02.2021 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü.

Görüşme sonucunda araştırma projesi çalışmasının Prof Dr. Nurgün PLATİN'in, sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Prof Dr. Nurgün PLATİN

Yardımcı Araştırmacı: Proje asistanı Ayşenur DEMİR

ASLI GİBİDİR

09.02.2021



Prof. Dr. Taner ZIYLAN

İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı