



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HRS-YL-2014-002**

**PSİKOEĞİTİMİN
ŞİZOFRENİ AİLELERİNİN
YÜK ALGILARINA OLAN ETKİSİ**

Müge ÇABUK

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ**

AYDIN-2014

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HRS-YL-2014-002

PSİKOEĞİTİMİN
ŞİZOFRENİ AİLELERİNİN
YÜK ALGILARINA OLAN ETKİSİ

Müge ÇABUK

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

AYDIN-2014

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Müge ÇABUK tarafından hazırlanan “**Psikoeğitimin Şizofreni Ailelerinin Yük Algılarına Olan Etkisi**” başlıklı tez, 27/12/2013 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi :

İmzası:

1- Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

Adnan Menderes Üniversitesi

2- Doç. Dr. Fatma DEMİRKIRAN

Adnan Menderes Üniversitesi

3- Doç. Dr. Zekiye DUMAN ÇETİNKAYA

Dokuz Eylül Üniversitesi



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans/Doktora Tezi Enstitü Yönetim Kurulunun..... Sayılı kararıylatarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Sacide KARAKAŞ
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Şizofreni hastalığı ruhsal hastalıklar arasında birey ve ailesi açısından en yıkıcı olanı olarak görülmekte ve hastanın bakımında ailelere büyük görev düşmektedir. Aileler hastalık hakkında yeteli bilgiye sahibi olmadıkları için bakım yüklerinin fazla olduğu görülmektedir.

Psikoeğitimin bakım vericilerin hastalıkla ilgili yük algılarını azalttığı, hastalıkla nasıl baş edebileceklerini gösterdiği, hastalık hakkında bilgilerini arttırdığı ve belirtilerini tanımalarını sağladığı, aşırı duygu dışavurumlarını azalttığı, aile içi ve kişiler arası ilişkilerini geliştirdiği, hasta ile ilgili gerçekçi beklentiler oluşturdıkları, hastayla ilişkilerinde daha yapıcı iletişim kurabildikleri, yaşam kalitelerini arttırdığı, hastalar açısından; hastaların kliniğe yatışlarını azalttığı, dolayısıyla ekonomiye katkı sağladığı, hastalık belirtilerinin şiddetinin ve komorbiditesini azalttığı, aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirdiği, aşırı duygu dışavurumunu azalttığı, erken tanı ve erken tedavi, relapsı önlediği ya da azalttığı, toplumsal işlevselliği artırdığı, toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağladığı, bağımsız yaşamayı artırdığı, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağladığı, yaşam kalitesini artırdığı yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır.

Türkiye’de Algılanan Aile Yüğü Ölçeğinin daha önce bu tür bir çalışmada kullanılmadığı görülmüştür. Bakım vericilerin uzun süreli takip edilecek olmaları çalışmanın artılarındanır. Ayrıca Türkiye’de bakım yüğü ile ilgili müdahale temelli çalışmaların yeterli olmadığı, bu konuda literatüre katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

Çalışma ASYO-12006 tez projesi numarası ile Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projesi tarafından desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vi
EKLER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ:.....	1
1.1. Çalışmanın Amacı.....	2
1.2. Çalışmanın Hipotezi	2
1.3. Şizofreninin Tanımı	2
1.4. Şizofreninin Tarihçesi.....	3
1.5. Şizofreninin Epidemiyolojisi	3
1.6. Şizofreninin Etiyolojisi	4
1.6.1. Genetik.....	4
1.6.2. Beyin Görüntüleme Bulguları.....	5
1.6.3. Biyokimyasal Araştırmalar	6
1.6.4. Psikososyal Etkenler.....	6
1.7. Şizofreni Etiyolojisinde Aile Faktörü.....	7
1.8. DSM-V'e Göre Şizofreninin Tanı Kriterleri	8
1.9. Şizofreni Belirti ve Bulguları.....	9
1.9.1. Hastalık Öncesi Belirti ve Bulgular	9
1.9.2. Genel Görüntü ve Davranış	10
1.9.3. Konuşma ve İlişki Kurma	10
1.9.4. Duygulanım (Affect)	10
1.9.5. Bilişsel (Cognitive) Yetiler	11
1.9.6. Düşünce	12
1.9.7. Devinim	12
1.9.8. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler	12

1.10. Şizofreni Başlangıcı ve Seyri	12
1.11. Şizofreni Tedavisi.....	15
1.11.1. İlaç Tedavisi.....	15
1.11.2. Elektro Konvülsif Terapi (EKT)	15
1.11.3. Psikososyal Tedaviler	15
1.11.3.1. Bireysel Tedavi	16
1.11.3.2. Destekleyici Tedavi	16
1.11.3.3. Bilişsel Davranışçı Terapi	16
1.11.3.4. Psikoeğitim	16
1.13. Psikoeğitimde Psikiyatri Hemşiresinin Yeri	20
1.14. Bakım Yükü	20
1.14.1. Bakım Verenlerin Özellikleri.....	22
1.14.1.1. Sosyodemografik Özellikler	22
1.14.1.2. Sağlık.....	23
1.14.1.3. Psikolojik Faktörler.....	23
1.14.1.4. Bakım Verenlerin Talepleri.....	24
1.14.1.5. Bakım Vermedeki Bağlılık.....	24
1.14.2. Hastalık Belirtileri	25
1.15. Bakım Yükünün Değerlendirilmesi	25
1.16. Psikoeğitimin Bakım Veren Yüküne Etkisini Gösteren Çalışmalar	26
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
2.1. Araştırmanın Şekli.....	29
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	29
2.3. Araştırmanın Zamanı.....	29
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	30
2.6. Veri Toplama Araçları	30
2.7. Ön Uygulama	33
2.8. Verilerin Toplanması.....	34
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi	34

2.10. Değişkenler.....	34
2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
2.12. Araştırmanın Güçlükleri	34
2.13. Araştırmanın Etik Yönü.....	35
3. BULGULAR.....	36
4. TARTIŞMA	53
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
ÖZET	63
SUMMARY	64
KAYNAKLAR.....	65
EKLER	75
ÖZGEÇMİŞ.....	105
TEŞEKKÜR	106

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	36
Tablo 2: Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri.....	38
Tablo 3: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Bakım Vericilerin Eğitim Öncesi Yük Algısına Etkisi.....	41
Tablo 4: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Bakım Vericilerin Eğitim Öncesi Yük Algısına Etkisi.....	43
Tablo 5: Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Bakım Vericilerin Eğitim Öncesi Yük Algılarına Etkisi.....	45
Tablo 6: Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Bakım Vericilerin Eğitim Öncesi Yük Algılarına Etkisi.....	47
Tablo 7: Çalışma ve Kontrol Grubu Bakım Vericilerinin Başlangıç ile Çalışma Grubuna Verilen Eğitimden Sonra Üçüncü Aydaki Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı Puanları	49
Tablo 8: Çalışma Grubu Bakım Vericilerinin Başlangıç ve Üç Ay Sonraki Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 9: Kontrol Grubu Bakım Vericilerinin Başlangıç ve Üç Ay Sonraki Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı Puanlarının Karşılaştırılması	52

EKLER DİZİNİ

Ek 1: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Grişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı	75
Ek 2: Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimlik Onayı	76
Ek 3: Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onayı	77
Ek 4: Sağlık Bakanlığı Türkiye Hamu Hastaneleri Kurumu Onayı	78
Ek 5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	79
Ek 6: Soru Formu.....	82
Ek 7: Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı	85
Ek 8: Psikoğitim Kitapçığı	86

1. GİRİŞ:

Şizofreni, genç yaşta başlayan, insanın kişilerarası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe kapanım dünyasında yaşadığı; düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli sorunların görüldüğü ağır bir bozukluktur (Öztürk 2008). Kişinin davranışsal, düşünsel, algısal ve duygusal alanlarda daha önceden gösterdiği olağan işlevselliğin dışında gerçeklerle bağdaşmayan bir işlevselliğe geçtiği bu hastalık bireylerin önemli bir kısmında ruhsal ve toplumsal yeti yitimine neden olur (Yıldız 2005). Şizofreni ruhsal rahatsızlıklar içerisinde birey, aile ve toplum açısından en yıkıcı olanıdır. Bu nedenle şizofreni, hastayla birlikte yaşayan bireylerin bugününü ve geleceğini doğrudan etkilemekte ve ömür boyu sürecektir zorlu bir sürecin başlaması anlamına gelmektedir (Tanrıverdi 2008). Bu hastalıkta bir yandan taşkınlık belirtilerinin yol açtığı sorunlar, diğer yandan düşünce fakirleşmesi ve irade bozulması gibi yoksunluk belirtileri hastaların işlevselliğini bozmakta, kendileri ile birlikte yaşayan yakın çevrelerindeki insanların da yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve ruhsal rahatsızlıklar içerisinde birey, aile, toplum açısından en yıkıcı olanı olarak görülmektedir (Yıldız 2005, Tanrıverdi 2008). Şizofreni bireysel, ailesel, toplumsal ve ülke ekonomisini ilgilendiren boyutlarda etkisi olan, bu nedenle tedavisinde mutlaka özenli ve aceleci davranılması gereken ciddi bir hastalık olarak görülmelidir (Yıldız 2005).

Son zamanlarda iyice yaygınlaşan, hastayı mümkün olan en kısa zamanda hastaneden çıkarma eğilimi, aileleri hastanın bakımında birinci derecede sorumlu hale getirmektedir (Tanrıverdi 2008, Arslantaş ve Adana 2011). Aile artık patoloji kaynağı değil, hastanın sağlığına kavuşması için bir araç olarak görülmekte, bu durum şizofreni hastaları için ailelerin en önemli destek kaynağı olarak düşünülmesine neden olmaktadır. Böylece ailelerin yaşadığı yük ve sorumluluklar artmaktadır (Tanrıverdi 2008).

Yük kavramı, hasta bir bireyle yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Hoening ve Hamilton 1966 yılında yayınladıkları bir makalede nesnel ve öznel yük kavramlarını ayırmışlardır. *Nesnel yük* hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, günlük yaşamdaki kısıtlamalar, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönünü ifade etmektedir. *Öznel yük* ise bu zorlukların aile üyelerini ne ölçüde rahatsız ettiğini tanımlamaktadır (Akt. Arslantaş ve Adana 2011). Hastalığın yeniden ortaya çıkmasını

öngörmede yükün duygu dışavurumunun ölçümüne göre daha değerli olduğuna ilişkin görüşler bulunmaktadır (Arslantaş ve Adana 2011).

Aile hastalıkla baş etmede olumlu katkıları sağlayabilecek en büyük doğal kaynak olarak görüldüğünden; şizofreni tedavisinde hasta, aile ve tedavi ekibinin iş birliği içinde olması, hastaneye yatış, taburculuk ve sonrasına ilişkin planlamalarda ailenin bireyle birlikte ele alınması tedavinin etkinliğini arttıran önemli bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir (Dülgerler 2004, Yıldırım 2007, Duman ve ark. 2007, Rummel-Kluge ve ark. 2008, Yıldırım ve Ekinci 2010, Öksüz 2010). Tedavide hasta ve ailesinin daha az zorlanması, günlük yaşamda karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmaları konusunda eğitilmesi gerektiği kabul edilmektedir (Tel ve Terakye 2000, Doğan ve ark. 2002, Dülgerler 2004, Tanrıverdi 2008, Jungbauer ve ark. 2004, Thomas ve ark. 2004, Chien ve ark. 2006, Maglino ve ark. 2006, Chien ve ark. 2007, Roick ve ark. 2007, , Nasr ve Kausar 2009, Akbulut 2009, Navidian ve ark. 2012, Sharif ve ark. 2012).

Ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin stresle baş etme düzeylerini ve yüklerini tanımlayan çalışmalar ve bu ailelere yönelik müdahale çalışmaları yetersiz olup, bu alana özgü müdahale programlarına ve izleme çalışmalarına gereksinim vardır (Çetinkaya ve ark. 2013).

1.1. Çalışmanın Amacı

Şizofreni tanımlı hastaların bakım vericilerine verilen psikoeğitimin yük algılarına olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Çalışmanın Hipotezi

Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitim yük algılarını azaltır.

1.3. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni genç yaşta başlayan, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir içe kapanım (otizm) dünyasında yaşadığı; düşünüş, duyuş ve davranışlarda önemli bozuklukların görüldüğü ağır bir ruhsal bozukluktur (Öztürk 2008).

1.4. Şizofreninin Tarihçesi

M.Ö. 15. Yüzyıla ait şizofreninin belirtilerini konu alan metinler bulunmuştur. Eski Yunan hekimlerinin yazılarında büyüklük ve kötülük görme sanrılarının yanı sıra bilişsel işlevlerde ve kişilikte yıkımla giden ruhsal bozukluklar bildirilmiştir. 17. Yüzyılda Willis'in, 18. Yüzyılda Pinel'in hastalığı tanıdığına ilişkin yazılar bulunmakta, 18 yüzyıl başında İngiliz John Haslam ve George Men'in tariflediği gençlik çağında başlayan içe kapanma, düşünce bozukluğu ve bir ad verilemeyen iç kökenli bozukluğun şizofreni olduğu düşünülmektedir. İlk olarak 1860 yılında Moral, şizofreni kavramı için "*Dementia Praecox*" (erken bunama) terimini kullanmıştır. 1871'de Hecker regresif davranışlar gösteren olgular için "*hebefreniyi*", 1874'de Kahlbaum katı postür ve mutizm ile giden "katatoni"yi tanımlamıştır. 1896 yılında Kraepelin katatoni ile hebefreniye "paranoid" ve "basit" tipleri eklemiş, bu tabloların aynı hastalık olabileceğini ileri sürerek "*Dementia Praecox*" (erken demans) tanısı altında toplamış, bu hastalıkta erken başlama ve bunama olması gerektiğini belirtmiştir. Eugen ve Bleuler, Kraepelin gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının gerekli olmadığını söylemiş, demans belirtilerinin yalnızca çok ağır hastalarda görüldüğünü belirterek ruhsal yarıma kavramını (schisme) öne sürmüştür. Bu kavramdan yola çıkarak "Schizophrenia" (zihin bölünmesi-yarılması) adını önermiş ve bu terim kullanılmaya başlanmıştır. (Akt: Güleç ve Köroğlu 1997, Soygür ve ark. 2007, Işık ve ark. 2008, Öztürk 2008)

1.5. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Yaşam boyu şizofreni yaygınlığı genel toplumda %1 olarak biliniyor olsa da Goldner ve arkadaşları 1980 sonrasındaki toplum taramalarından elde ettikleri 18 çalışmanın sonucunda bir yıllık yaygınlığı binde 3.4, yaşam boyu yaygınlığı ise binde 5.5 gibi bir birleşik sonuç olarak bulmuşlardır (Goldner ve ark. 2002). Saha ve arkadaşları ise 1965-2002 yılları arasını kapsayan 46 ülkede yapılmış sistematik bir gözden geçirme de yaşam boyu yaygınlığı binde 4, yaşam boyu morbiditeyi binde 7.2 olarak tespit etmişlerdir (Saha ve ark. 2005). Perala ve arkadaşları yaptıkları epidemiyolojik çalışmada ise yaşam boyu yaygınlığı binde 8.7 olarak bildirmişlerdir (Perala ve ark. 2007). Bu veriler kabul edilen % 1 bilgisi yerine her 250 kişiden birinin şizofreni hastası, 20. yy sonuna doğru doğan her 140 çocuktan birinde veya her bin kişiden 7-8'inde şizofreni gelişmesi beklenmektedir (Akt: Soygür ve ark. 2007).

Şizofreni sıklığı ile ilgili yapılan çalışmaların sonucuna göre binde 0.2 sonucuna ulaşılmıştır (Soygür ve ark. 2007). Eaton 1950-1986 yılları arasındaki yaptığı çalışmada sıklık

oranını binde 0.2-0.35, 1985 sonrasındaki gözden geçirmesinde ise binde 0.16 olarak bildirmiştir (Akt:Soygür ve ark. 2007). Dünya Sağlık Örgütü de farklı 10 ülkede yaptığı çalışmada şizofreni sıklığı için binde 0.22 sonucuna ulaşmıştır (Jablensky ve ark. 1992). McGrath ve arkadaşları 170 sıklık çalışmasını gözden geçirmiş, şizofreni sıklığını binde 0.15 olarak belirtmişlerdir (McGrath ve ark. 2004). Kirkbride ve arkadaşlarının 1950-2009 yılları arasındaki 83 sıklık çalışmasını inceledikleri gözden geçirmede şizofreninin sıklığını yüz binde 12.4 olarak bulmuşlardır (Kirkbride ve ark. 2012).

Türkiye'de şizofreni ya da psikotik bozukluklar üzerine yapılmış epidemiyolojik araştırma sayısı oldukça düşüktür. Şizofreni ya da psikotik bozukluklarla ilgili bir sonucu bulunan ve 1990 yılından bu yana yayımlanmış veya bildiri olarak ulusal bir kongrede sunulmuş toplam 8 araştırma bulunmaktadır. Bunlardan sadece ikisi şizofreni ya da psikotik bozukluklar üzerinedir (Akt: Binbay ve ark. 2010). 1990'dan sonra Ekim 2009 tarihine kadar yayınlanmış toplam 56 çalışmanın incelendiği sistematik bir gözden geçirmede birleştirilmiş genel toplum örnekleminde şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı bin kişide 8.9 olarak saptanmıştır (Binbay ve ark. 2011). 1990-2010 yılları arasında 21 çalışmanın incelendiği Batı Avrupa ülkelerinde yapılmış araştırmalarda Türkiye kökenli göçmenlerde şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların yaygınlığı binde 1.1 ile 6.2 arasında bulunmuştur (Binbay ve ark. 2012).

Genel toplumda şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı erkeklerde bin kişide 11.6 iken, kadınlarda bin kişide 6.5 olup, medeni durum (evli ya da bekâr olma) ve eğitim durumu (düşük eğitim ya da yüksek eğitim) arasında ilişki saptanmamıştır (Binbay ve ark. 2011).

1.6. Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreninin oluş nedeni hakkında çok sayıda araştırma yapılmış olmasına rağmen henüz kesin olarak bir sonuca varılamamıştır. Oluş nedenleri organik ve psikososyal olmak üzere 2 alanda tartışılmakta, 23-30 yıldan beri beynin bir gelişim bozukluğu olarak kabul edilmektedir. Kalıtsal yatkınlığın önemli bir rolü olduğu kabul edilirken diğer etkenlerinde varlığının hastalığa neden olduğu düşünülmektedir (Güleç ve Köroğlu 1997, Işık ve ark. 2008, Öztürk 2008).

1.6.1. Genetik

Genetik yatkınlıkla ilgili aile araştırmaları, ikiz araştırmaları, evlat edinme araştırmaları, moleküler genetik araştırmalar (genlerin yerleşimiyle ilgili bağlantı ve

ilişkilendirme çalışmaları) yapılmıştır (Güleç ve Köroğlu 1997, Öztürk 2008). Akrabalık ne kadar yakınsa ve hasta akraba sayısı ne kadar fazla ise şizofreni riski de o kadar artmaktadır. Araştırmalara göre anne babadan biri hasta ise çocuklarda hastalık riski %12,5-13,8, hem anne hem baba hasta ise %35-46, anne baba sağlam çocuklardan biri hasta ise kardeşlerde hastalanma riski %6,7-8,2 olduğu söylenmektedir. Bir şizofreni hastasının birinci derece akrabalarında ortalama şizofreni riski %8 ile %10 arasında olup, akrabalık derecesi arttıkça bu risk azalır. Üçüncü derece akrabaların (Örn: Kuzenler) %2, ikinci derece akrabaların (Örn: Üvey kardeşler) % 6 risk taşıdıkları bildirilmektedir (Akt: Öztürk 2008, Ulaş ve ark. 2008). Çok düzenli ikiz kayıtları bulunan İskandinav ülkelerinde yapılan ikiz çalışmalarında eş hastalanma oranları tek yumurta ikizlerinde %31-78, aynı cinsiyetten çift yumurta ikizlerinde %12-28 arasında bildirilmiştir. Evlat edinme çalışmalarında öz anne babası şizofreni hastası olan ve başka bir aile tarafından yetiştirilen kişilerde şizofreni yelpazesi bozukluklarının görülme riski öz anne babası şizofreni olmayan ve evlat edinilerek farklı bir ailede yetiştirilen kişilere göre daha yüksek bulunmuştur. Öz anne babasında şizofreni hastalığı olmayıp evlat edinildiği anne babada şizofreni hastalığı olan kişilerde şizofreni riski şizofreni olmayan ailede yetişenlere göre daha yüksek bulunmamıştır. Moleküler genetik araştırmalarda bağlantı çalışmaları çok tutarlı sonuçlar vermemiş, birbirinden farklı bölgelerle bağlantı bulunmuş, birçok çalışmada da bağlantı bulunamamıştır (Akt: Öztürk 2008).

1.6.2. Beyin Görüntüleme Bulguları

Yapısal beyin görüntülemelerde kullanılan MR çalışmalarında sağlıklı kontrollerle karşılaştırılan şizofreni hastalarında; yan karıncıklarda ve üçüncü karıncıkta genişleme, amigdala, hipokampus, para hipokampal girus dahil orta temporal lob ve üst temporal girus oylumunda azalma, beyin hacim azalması, talamus dorsa medial çekirdek yoğunluğu ve nöron sayısında azalma, fronto temporal bölgede gri cevher azalması sonuçlarına ulaşılmıştır. İşitme varsanısı olan hastalarda sol üst ve orta temporal bölgede etkinlik artışı saptanmıştır. Düşüncede pozitif biçim bozukluğunda (çağrışım kopukluğu, yeni sözcük uydurma gibi) arka üst temporal girus etkinlik azlığı, negatif düşünce bozukluğu (düşüncede fakirleşme, bloklar) frontal orta girus ve sağ alt paryetal lob gibi farklı beyin bölgelerinde etkinlik artışı saptanmıştır (Işık ve ark. 2008, Öztürk 2008). Şizofrenisi olan hastalarda yapılan ölüm ardı çalışmalarında kortikal ve hipokampal nöronlarda küçülme, dorsal talamusta nöron sayısında, hipokampüste sinaptik ve dendritik belirteçlerde azalma bildirilmektedir (Öztürk 2008). İlk beyin akımı çalışmasında normalde beynin ön bölgelerine olan kan akımının arka bölgelerine göre daha fazla olması beklenirken, şizofren hastalarda beynin ön bölgelerine olan kan

akımında azalma olduğu pozitron emisyon tomografi (PET) çalışmalarında belirlenmiş, negatif belirtilerle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Ertuğrul 2005, Öztürk 2008).

1.6.3. Biyokimyasal Araştırmalar

Biyokimyasal araştırmalarda dopamin, noradrenalin, serotonin, glutamat ve GABA nörotransmitterleri üzerinde çalışılmaktadır. Üzerinde en çok durulan ve yıllardır çalışılan dopamin hipotezine göre subkortikal yapılarda aşırı dopamin etkinliği, prefrontal kortikal yapılarda azalmış dopamin etkinliği olduğu, subkortikal mezolimbik dopamin yayılımındaki artış etkinliğinin artı belirtilere, mezokortikal dopamin yayılımının etkinliğindeki azalmanın ise eksi belirtilere ve bilişsel kayıplara neden olduğu düşünülmektedir (Ertuğrul 2005, Işık ve ark. 2008, Öztürk 2008).

1.6.4. Psikososyal Etkenler

Epidemiyolojik çalışmalar şizofreni gelişme riskinin en alt sosyoekonomik gruplarda yer alan kişilerde üst gruplara göre yaklaşık 8 kat fazla olduğunu göstermektedir. Şizofren hastalarda hiç ruhsal hastalığı olmayanlara göre kısmen çalışma ya da işsiz olma oranı 4.5 kat fazla olduğu bildirilmekte, hastaların %5-8'inin evsiz olduğu tahmin edilmektedir. Kişinin yoksul olması olumsuz yaşam olaylarının gelişmesine katkıda bulunur ve şizofren hastalarda belirtilerin alevlenmesine yol açabilir (Sevinçok 2000, Ertuğrul 2005). Başka bir hipotezde şizofreninin bireyin sosyal ve iş yaşamındaki işlevselliğini bozmasının, şizofreni hastalarının sosyoekonomik olarak daha düşük seviyelere kaymalarına, rekabetin ve sosyoekonomik durumun daha az olduğu kırsal bölgelere göç etmelerine neden olmasıdır (Ertuğrul 2005, Baskak ve ark. 2009). Aşırı veya yetersiz uyarılmanın hastalığın belirtilerini ve seyrini etkilediği düşünülmektedir. Çalışmalar genelde şizofrenik kişilerin sağlıklı kişilere göre yaşam olaylarıyla uğraşırken daha fazla stres yaşadıklarını göstermektedir. Şizofrenik hastaların %15.4 'ünde hastalık öncesinde ağır bir stres yaşanmaktadır. Ailede stresin (aile içi kayıplar - büyük anne - baba kayıpları) yanı sıra, önemli coğrafi hareketlilik, aile ortamı içindeki düşmancıl, eleştirel veya duygusal yönden aşırı ilgili tutumlar hastalık dönemlerinin başlamasını sağlamada rol oynayabileceği düşünülmektedir. Ebeveynlerin iletişim tarzlarındaki düzensizliklerin de şizofreni grubundaki bozuklukların gelişmesine zemin hazırlayabileceği belirtilmektedir. Birçok şizofreni hastasının yaşam olaylarının getirdiği kayıpları telafi etmek ya da stresli akrabalarıyla etkin bir şekilde uğraşmak için gerekli baş etme yetilerinde eksiklik vardır. Bu kişiler sorun çözücü yetilerinin kısmen yetersiz olmasına, kısmen de toplumsal destek sistemlerinin eksik olmasına bağlı olarak diğer kişilerden daha fazla ve uzamış stres yaşayabilirler (Akt: Sevinçok 2000).

Şizofreni hastalığında yapılan çalışmalarda şu risk etkenleri belirlenmiştir;

- Prenatal dönemde prenatal stres, birinci trimestırda yetersiz beslenme, prenatal dönemde D vitamini azlığı,
- İntrauterin dönemde bebeğin karşılaştığı enfeksiyonlar,
- Doğum mevsimi,
- Uzamış doğum,
- Düşük beden kitle indeksi ve prematürite,
- Hipoksi, asfiksi, toksemi,
- Doğum travması,
- Annenin çok sayıda doğum yapmış olması,
- Gebelikte alkol, annelikte sigara kullanımı,
- Gebelikte açlık,
- Preeklamsi,
- Rh uyuşmazlığı,
- Sosyal yönden yoksun ve kırsal kesimdeki ailelerde doğan, düşük sosyoekonomik koşullarda yaşayan çocuklar,
- Stres düzeyleri ve çocuklarından beklentileri yüksek olan üst sosyoekonomik düzeydeki ailelerin çocukları,
- Düşük zeka düzeyi,
- Hastalık gelişimi öncesi şizoid ve şizotipal kişilik özellikleri gösterme,
- Çocukluk döneminde sosyal içe kapanma,
- Evlenmemiş olma,
- Stresli yaşam olaylarıyla karşılaşma,
- Aileden sağlıksız duygu dışavurumuna maruz kalma,
- Kafa travması,
- Göç (Işık ve ark. 2008, Öztürk 2008).

1.7. Şizofreni Etiyolojisinde Aile Faktörü

Şizofreninin etiyolojisiyle ilgili olarak psikolojik kuramı savunan çoğu araştırmacı aileyi hastalığın önemli bir nedeni olarak kabul etmektedir (Akt: Gülseren ve ark. 2010). 1948 yılında Fromm-Reichman “şizofrenojenik anne” kavramını ortaya atmıştır. Bu kavrama göre bu anneler aşırı koruyucu-kollayıcı, düşmancıl, açık veya kapalı reddedici, soğuk, uzak ve son

derece sıkıntılı annelerdir. Berksun'un aktardığına göre Lidz ve arkadaşlarının 1957 yılında yapmış oldukları bir çalışmada şizofren hastalar babalarını güvensiz, aşırı beğenilme ihtiyacı olan kimseler olarak tanımlamakta ve bu kişilerde paranoidliğin nadir olmadığı bildirilmektedir. Ayrıca 1956 yılında Bateson ve arkadaşları “double-mind” kavramını ortaya atmışlar ve çifte mesajların sıkça kullanılmasının ailelerde çocukların sonradan şizofren olma riskini arttırdığını iddia etmişlerdir. Yine 1957 yılında Lidz ve arkadaşları iki çeşit şizofrenojenik aile tanımlamışlardır. Çarpık aile ve evlilik yarılması kavramları ile tanımlanan bu aile tiplerinde çocukların sonradan şizofren olduklarını söylemişlerdir. Bu kuramların hepsine ek bir katkı sağlayabilecek bazı görüşlerde 1965 yılında İngiltere’den Laing ve Esterson’dan gelmiş, aile içinde bir üyenin günah keçisi olduğunu ve bu üyenin daha sonradan şizofreni geliştirecek aile içi bozuk ilişkinin yükünü sırtlanmış olan üye olduğunu ileri sürmüşlerdir (Akt: Berksun 1992, Awad ve ark. 2008, Arslantaş ve Adana 2011.).

1970’li yılların başından itibaren etiyojiye yönelik araştırmalardan ziyade şizofreninin gidişine etki eden faktörler üzerinde araştırmalara ağırlık verilmiştir. Bu araştırmalarda da yine anne-baba ve yakın akrabalar ön planda tutulmuştur. Bu dönem 1970’li yılların ikinci yarısından itibaren, özellikle aile terapisinin, sosyoterapinin, rehabilitasyonun devreye girdiği, ilaç tedavisine karşı veya ilaç tedavisine ek olarak bu tedavilerin denendiği bir dönem olduğu belirtilmektedir (Berksun 1992).

Şizofreninin ortaya çıkmasında ve gidişinde biyolojik etkenlerin yanında aile içi etkileşim, çevresel zorlamalar, yaşamsal ve durumsal kriz yaşantıları gibi birçok psikososyal faktörün etkili olduğunun anlaşılması sonucunda, hastalığın tedavi ve rehabilitasyonunda hastanın ailesi ile birlikte ele alınması, hasta ve ailenin günlük yaşamda karşılaştıkları zorlanmalarla başa çıkma konusunda eğitilmesi gerektiği kabul edilmektedir (Tel ve Terakye 2000).

1.8. DSM-V’e Göre Şizofreninin Tanı Kriterleri

A) Bir aylık dönemin (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) önemli bir bölümünde aşağıdakilerin en az ikisiyle (ilk üç maddeden birinin mutlaka bulunması) karakterize aktif faz semptomları:

1. Hezeyanlar,
2. Halüsinasyonlar,
3. Dezorganize konuşma (sıklıkla enkoherans veya konu dışı konuşmalar),

4. İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış,
5. Negatif belirtiler, duygusal küntlük, aloji ya da avolüsyon (düşünce içeriğinin yoksullaşması veya istem yokluğu).

B) Mesleki, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlasında işlevselliğin, hastalık öncesi döneme göre belirgin olarak bozulması (hastalık çocukluk ya da ergenlik döneminde başlamış ise kişiler arası ilişki, akademik veya mesleki alanlarda beklenen düzeye ulaşmakta yetersizlik).

C) Bu bozukluğun devam ettiğini gösteren belirtilerin en az 6 ay süreyle bulunması. Bu sürenin en az 1 ay süren aktif dönemi (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) içermesi. (Prodromal ve rezidüel dönemler de bu süreye dahil olabilir).

D) Şizoaffectif bozukluk ve psikotik bulgulu duygu durum bozukluğunun dışlanması. Bunun nedeni, aktif evre ile birlikte depresif, manik veya karma bir dönem ortaya çıkmaması ve aktif evre sırasında duygu durum belirtileri de olmuşsa bunların toplam süresinin aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa sürmesinden dolayıdır.

E) Bu bozukluğun bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaca, tedavide kullanılan bir ilaca) ya da genel tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmaması.

F) Otistik bozukluk veya diğer bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin sanrı ve varsanılar da mevcutsa şizofreni ek tanısı konulabilir (DSM-V, 2013).

1.9. Şizofreni Belirti ve Bulguları

Şizofreninin klinik belirtilerini bugün de yeterli sayılacak biçimde ilk tanımlayan Kraepelin, daha sonra Bleuler olmuştur. Şizofreni için tanı koydurucu tek bir belirti yoktur; çünkü şizofreni kişinin algılamasını, düşünmesini, duygularını, hareketlerini, dikkatini, yargılamasını etkileyen bir hastalıktır. Öğrenme, kendine bakım, çalışma, insan ilişkileri ve yaşam becerileri gibi birçok işlev alanında yetersizliklere neden olarak kişinin iş ve toplumsal yaşamında sorunlara yol açabilmektedir (Öztürk 2008).

1.9.1. Hastalık Öncesi Belirti ve Bulgular

Şizofrenisi olan kişiler hastalık öncesinde genellikle içe dönük, sessiz, arkadaşı az, yalnızlığı tercih eden, garip, ilgileri sınırlı, güvensiz kişilerdir (Öztürk 2008). Çocukluk ve

ergenlik döneminde ya çok az arkadaşları vardır ya da hiç yoktur. Sosyal etkinliklere katılmaz, takım oyunlarına ilgi göstermezler. Okul performansında düşüklük ilk belirtilerden birisi olabilir. Bazı ergenlerde akut biçimde obsesif-kompulsif davranışlar ya da öncü belirtiler başlayabilir. Öncü belirtiler hastalığın bir parçasıdır ancak her zaman hasta şizofreni tanısı aldıktan sonra geriye dönülüp bakıldığında aylardır hatta yıllardır var olduğunu, hastanın ailesi ya da arkadaşları kişinin değiştiğini, işte ve sosyal yaşamda işlevselliğinin bozulduğunu fark edebilmektedirler (Erol 2005, Üçok 2009). Bu dönemde felsefe ya da mistik konulara karşı ilgi artışı olabilmektedir. Bunların dışında belirgin tuhaf davranışlar, duygulanımda anormallikler, alışılmamış konuşma biçimi, bizar düşünceler ve acayip algı yaşantıları öncü belirtiler arasında sayılmaktadır (Erol 2005).

1.9.2. Genel Görüntü ve Davranış

Şizofreni çok değişik belirtiler gösteren bir bozukluk olduğundan tipik bir genel görünüm tanımlanmamıştır. Hastaların çoğunda belirgin vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk ve çekingen görünüm vardır. Uzun süredir hasta olanlar bakımsız, dağınık görülebilirler. Yıkanmama nedeni ile hasta kokabilir. Kimi hastada devinim bozuklukları dikkati çekebilir (Erol 2005, Öztürk 2008).

1.9.3. Konuşma ve İlişki Kurma

Konuşmada dağınıklık, hızlanma ya da yavaşlama, fakirleşme, basmakalıp yinelemeler, konuşma yankılaması, çok konuşma, hiç konuşmama gibi belirtiler olabilir. Saçma konuşmalar olabildiği gibi sorulan sorulara yandan ya da uygunsuz yanıtlar verilebilir. Ses tonu tek düze olup duyguları içermeyebilir (Erol 2005). Hastanın düşünce içeriğindeki bozukluklar, sanrılar, acayiplikler konuşmasına yansır, antipsikotik alıyorsa ilaç yan etkisine bağlı konuşma güçlükleri olabilir. Hastanın ayrı bir dünyada olduğunu, tam anlayamadığımızı, ilişki kurmakta güçlük çektiğimizi fark edebiliriz (Güleç ve Koroğlu 1997, Işık ve ark. 2008, Öztürk 2008).

1.9.4. Duygulanım (Affect)

Şizofrenide en çok görülen belirtilerden birisi duygulanımda azalma ve küntleşmedir (Erol 2005). Olaylara duygusal tepkisi az ya da yoktur, hastalar vurdumduymaz, aldırmaz, duygusuz gibi görünebilirler (Öztürk 2008). Donuk ve üzerinde konuşulan konunun duygusal içeriğiyle değişmeyen bir yüz ifadesi, zayıf göz teması, yeri geldiğinde gülümseyememe, ses vurgulamalarını kullanmadan konuşma duygulanımda küntleşme belirtileri olarak kabul edilmektedir. Ancak bu belirtiler onların tümünden duygusuz olduklarını, acı çekmediklerini,

sıkıntılarının olmadığını göstermez. Birçok şizofreni hastasında öncelikle başlangıç dönemlerinde aşırı bunaltı (anxiety) görülebilir. Kimi hastalarda paniğe benzer sıkıntılı bir durum vardır. Kimi olgularda da acayip, yersiz, anlamsız gibi görünen, gülme ağlama, taşkınlık ve duygulanımda uygunsuzluk görülmektedir (Erol 2005). Duygulanımda uygunsuzluk kişinin verdiği duygusal tepkilerin içinde bulunduğu duruma ya da düşünce içeriğine uygun olmamasıdır (Işık ve ark. 2008, Öztürk 2008). Şizofreni hastalarında çökkün ya da taşkın duygu durum belirtileri de görülebilir. Birçok hastada psikoz nöbetinin ardından psikoz sonrası çökkünlük (post-psikotik çökkünlük) görülebilir. Bu durum duygulanım bozukluğuyla karıştırılabilir. Benzer biçimde bazen ortaya çıkan taşkınlık belirtileri bir mani nöbetiyle karıştırılabilir (Güleç ve Köroğlu 1997, Işık ve ark. 2008, Öztürk 2008)

1.9.5. Bilişsel (Cognitive) Yetiler

Bilinç açık, yönelim tamdır. Ancak bazı hastalar düşünce bozuklukları nedeniyle yönelim ile ilgili sorulara ilgisiz kalabilir ya da anlamsız yanıtlar verebilirler (Öztürk 2008).

Düşünce ve algı bozukluklarına bağlı olarak dikkati toplamada yetersizlikler olabilir. Bellek bozukluğu dikkatteki bozukluk ve ilgisizlik nedeniyle ortaya çıkabilir (Erol 2005, Öztürk 2008).

Şizofrenisi olan kişilerin birçoğunda dikkati toparlayabilme, akıl yürütme, sorun çözme, öğrenme ve karmaşık düşünsel işlemleri anlamlandırabilme gibi bilişsel işlevlerde yetersizlikler sık görülmektedir (Öztürk 2008).

Şizofrenide önemli algı bozuklukları olmaktadır. Niteliksel olarak önemli algı bozuklukları varsanılar (hallüsinasyon) ve yanılsamalardır (illüzyon). Şizofrenide en çok işitme varsanıları olmakta, bunlar genellikle olumsuz sözler, küfürler, yön verici komutlar, kendi aralarında konuşarak hastadan üçüncü şahıs olarak söz eden sesler, kendi düşüncelerinin kulağına ses olarak gelmesi ve yaptığı eylemleri tanımlayıcı sesler olarak belirtilmektedir. Şizofrenisi olan hasta, varsanı ve yanılsamalarını çoğu zaman gerçek olarak kabul etmektedir. Varsanılar hastanın davranışlarını, tutumlarını etkilemektedir (Öztürk 2008).

Şizofrenide ayrıca kimi zaman öze yabancılaşma (depersonalizasyon) ve gerçek dışılaşma (derealizasyon) algıları da görülebilir (Öztürk 2008).

1.9.6. Düşünce

Düşüncenin hızında, amaca uygunluğunda, çağrışımların düzeninde bozukluklar ve düşünce içeriğinde fakirleşme görülebilir. Düşüncede zaman zaman durma, bir düşünceden ilgisi olmayan bir başkasına kayma, sapma; düşüncelerin yoğun olarak zihne üşüşmesiyle oluşan düşünce basıncı, sıkışması, düşüncenin dağılması, parçalanması olabilir. Hasta düşüncede anlamdan çok seslerin ve sözcüklerin akımına, ahengine, uyağına kendisini kaptrabilir. Yavaş yavaş düşünce soyutluktan çıkarak somutlaşır. Düşünce yer, zaman, nedensellik kavramlarını tanımayabilir; birbirine karşıt duygu ve düşünceler yan yana bulunabilir. Düşünce büyüsel, canlıcı (animistik), mantık dışı nitelik kazanabilir. Böylelikle açık olmayan, acayip, anlaşılması güç bir düşünce biçimi ortaya çıkabilir (Öztürk 2008).

Şizofrenide görülen en temel düşünce içeriği bozukluğu sanrılardır (delusion, hezeyan). Sanrıların dışında hipokondriyak, mistik, metafizik uğraşlar, çeşitli saplantılar (obsesyonlar), çocukluk çağına ilişkin garip anılar da sıklıkla görülmektedir (Işık ve ark. 2008, Öztürk 2008).

1.9.7. Devinim

Genel davranış ve devinimde en sık ve önemli belirti ağır ilgisizlik, istekli eylemin azlığı ve toplumdan çekilmedir. Garip yüz, göz devinimleri (manyerizm), kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden devinimleri (stereotipi), hastanede koridor arşınlama, ikide bir pencereye kapıya gidip gelme, sık sık elini yüzüne götürme, saçını tutma gibi tike benzer devinimler olabilir. Bazen çılgınca taşkınlık, saldırganlık görülebilir. Bazen de belli bir durumda donmuş gibi kaldığı fark edilebilir (donakalım, katatoni). Garip cinsel davranışlar, ortalıkta özdoyum, sık sık tükürme, burnunu karıştırma, elini ağzına götürme görülebilir. İlerlemiş ve kimi akut durumlarda çıırıl çıplak soyunma, dışkıyı, idrarını ortaya yapma, dışkı yeme gibi hareketler olabilmektedir (Işık ve ark. 2008, Öztürk 2008).

1.9.8. Bedensel ve Fizyolojik Belirtiler

Aşırı yeme, kilo alma ya da yememe, zayıflama, uykusuzluk, cinsel isteksizlik ve güçsüzlük, bazen de aşırı cinsel istek, aşırı sıklıkta özdoyum görülebilir (Işık ve ark. 2008, Öztürk 2008).

1.10. Şizofreni Başlangıcı ve Seyri

Şizofreni genellikle 15-40 yaş sınırları arasında, çoğunlukla 18-25 yaşlarında her çeşit psikolojik stresle başlayabilir. Başlangıç yaşı kadınlara göre erkeklerde daha erkendir (Güz

2000, Karamustafalıoğlu ve ark. 2000, Amuk ve ark. 2004, Eren 2006, Öztürk 2008, Eranti ve ark. 2013). İlk nöbetlerin yarısında hiçbir kamçılayıcı etken bulunmayabilir. Şizofreni uzun bir süre bir şeylerin kötü gittiğini kimsenin fark edemeyeceği şekilde yavaş yavaş gelişebilir, bundan aşamalı başlangıç veya sinsi şizofreni şeklinde söz edilmektedir. Belirtilerin derece derece gelişmesi sonuçta akut dönem veya kriz döneminin başlamasına neden olabilir. Sık görülen başlama biçimi ilgi azalması, dikkat dağınıklığı, kendi bedeni, kendi düşünceleri ile aşırı uğraşma, zamanın akışına aldırmazlık gibi belirtilerdir. Şizofreni birkaç hafta hatta birkaç gün içerisinde davranışta ortaya çıkan ani değişikliklerle de gelişebilir, bu ani değişiklikler de hızlı veya ani başlangıçlı şizofreni olarak adlandırılmaktadır (Öztürk 2008).

Şizofreni çok değişik gidiş ve sonlanış özellikleri gösteren süregen bir bozukluktur. Sinsi ve yavaş başlayıp yıllarca böyle sürüp giderken alevli hastalık nöbetleri ortaya çıkabilir. Bu nöbetler kendiliğinden ya da tedaviyle yatışmaktadır. Bundan sonra gene çok yavaş ilerleyen ve daha çok duygusal tepkilerde azalma, düşünce ve konuşmada fakirleşme, istekle yapılan işlerde azalma, toplumdan çekilme gibi belirtilerin baskın olduğu şizofreni türüne dönüşebilir. Kimilerinde delikanlılık ya da gençlik çağında oldukça kısa sürede gerçeğe uymayan mantık dışı düşünceler, başkalarının duymadığı sesleri duymak, görmediği şeyleri görmek, düşünce ve davranışlarda dağınıklık ve dikkat bozukluğu gibi çok renkli belirtilerle ağır nöbetler ortaya çıkmakta ve haftalarca, aylarca sürmektedir. Bu dönem düzeldikten sonra görece uzun süre iyi uyum dönemi olabilir ya da durum giderek duygusal tepkilerde azalma, düşünce ve konuşmada fakirleşme, istekle yapılan işlerde azalma, toplumdan çekilme gibi belirtilerin baskın olduğu şizofreni türüne dönüşebilir. Kimi hastalarda dönem dönem iyileşmelere rağmen belirtilerin zaman zaman artmasıyla hastalık yıllarca sürebilir. Kimi hastalarda ise çok hatta tamama yakın iyileşme gösterebilir (Öztürk 2008).

Şizofrenide olumlu gidiş göstergeleri;

- Kadın olma,
- Ailede şizofreni öyküsü bulunmama,
- Hastalığın geç başlaması,
- Hastalık öncesinde toplum, iş ve cinsel yaşamında uyumlu olma,
- Evli olma,
- Yüksek zeka düzeyi,

- Başlangıçta birden gerçeğe uymayan mantık dışı dışınceler, başkalarının duymadığı sesleri duymak, görmediği şeyleri görmek, hissetmediği şeyleri hissetmek, dışınce ve davranışlarda dağınıklık ve dikkat bozukluğu gibi belirtilerin olması,
- Alevli hastalık dönemlerinin az sayıda ve kısa süreli olması,
- Hastalığın ortaya çıkmasında ağır çevresel zorlanma etkenlerinin olması,
- Kırsal kesimde yaşama,
- Tedaviye erken dönemde başlama ve tedaviyi düzenli olarak sürdürme,
- Ailelerin tedavi ekibiyle yakın işbirliği kurabilmesidir (Öztürk 2008).

şizofrenide olumsuz gidiş göstergeleri;

- Hastalığın erken yaşta başlaması,
- Belirtilerin sinsi ve yavaş ortaya çıkması,
- Hastaneye yatma sayısının çok, yatma sürelerinin uzun, iyileşme durumlarının kısa olması,
- Dışınce ve davranışlarda dağınıklık belirtilerinin olması,
- Başka tür hastalıkların da kişide bulunması,
- Ailede şizofreni hastalığının varlığı,
- Aile ortamının bozuk olması,
- Ailenin hastadan beklentilerinin yüksek olması,
- Ailenin hastaya karşı aşırı koruyucu olması,
- Ailenin hastanın sorumluluklarını almasına izin vermemesidir (Öztürk 2008).

Psikotik alevlenme oluşumu şizofreninin temel özelliği olarak görölmektedir. Erken uyarıcı belirtilerin tanınması psikotik alevlenmenin sıklığını azaltabilir. şizofreninin erken uyarıcı belirtilerinin başlıcaları; varsanılar, şüphecilik, uykuda değişiklik, anksiyete, kızgınlık, dışmanca tutum, uygunsuz davranış, depresyon, intihar dışınceleri, sinirlilik, gerginlik hissi, bilişsel bozukluktur (Deveci ve Danacı 2006).

şizofreni hastalarında ölüm oranı toplum ortalamalarından 2-4 kat daha yüksektir. En önemli ölüm nedeni özkıyımdır. Kazalar, enfeksiyonlar, kalp damar ve solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerde yüksek oranda görölmektedir (Öztürk 2008).

1.11. Şizofreni Tedavisi

Şizofreni toplumda tedavi edilemez bir hastalık olarak bilinmesine rağmen hastaların %25'i çok büyük ölçüde, %50'si orta ve iyi düzeyde iyileşme göstererek bağımsız ya da destekle yaşamlarını sürdürebilmektedirler. Günümüzde şizofreni tedavisi ilaç ve ruhsal-toplumsal tedavi yöntemleri kullanılarak çok yönlü yapılmaktadır. Şizofreni tedavisi; akut dönem, hastaneye yatış ve sürdürüm olmak üzere 3 dönemde ele alınmaktadır (Soygür 1999).

Şizofreni tedavisinde ilaç tedavisi, EKT ve psikosoyal tedaviler kullanılmaktadır.

1.11.1. İlaç Tedavisi

Şizofreninin ilaçlarla tedavisinde amaç belirtilerin en aza indirilmesi ve işlevselliğin olabildiğince artırılmasıdır, bunun için kullanılan ilaçların temelini antipsikotikler oluşturmaktadır. Antipsikotikler tipik ve atipik olmak üzere 2 gruba ayrılmaktadır (Özdemir ve ark. 2010). Tipik antipsikotiklerin pozitif belirtilerin yatıştırılması ve idame tedavisinde etkili olduğu, negatif ve duygu durum belirtileri ile bilişsel yıkım üzerinde etkilerinin oldukça sınırlı olduğu düşünülmektedir. Atipik antipsikotiklerin ekstrapramidal yan etkiler ve prolaktin yükselmesini daha az yaptığı, tipik antipsikotikler kadar etkili olduğu düşünülmektedir (Yağcıoğlu 2005). Ayrıca hastalığın kronik gidişatı, uygun yanıtı elde etmedeki yetersizlikler ve yan etkiler gibi başlıca nedenler çoklu ilaç kullanımına zemin hazırlamaktadır (Özalmete ve ark. 2009).

1.11.2. Elektro Konvülsif Terapi (EKT)

Beyin dokusunu elektrik akımıyla uyarak yaygın (jeneralize) konvülsiyonlar oluşturmak işlemi olan elektro konvülsif terapi özgün bir tedavi şekli olmaması ve sık uygulanmamasına rağmen ilaçlara dirençli, çok ajite ve katatonik hastalarda belirtilerin yatıştırılması için uygulanmaktadır (Zeren 2003, Işık ve ark. 2008, Öztürk 2008).

1.11.3. Psikososyal Tedaviler

Son yıllarda birçok hasta için psikososyal tedaviler ile ilaç tedavisi birlikte kullanılmaktadır. Kronik hastanın en önemli belirtisi toplumsal yeteneklerdeki yıkımdır ve bu sorun psikotik belirtilerden bağımsızdır, psikososyal bakım bu yüzden büyük önem göstermektedir. Antipsikotikler tedavinin temelini oluşturmaya karşın farmakolojik olmayan çok sayıda tedavi bulunmaktadır. Bu tedaviler hastayı destekleme, bağımsız yaşama yetilerini geliştirme, psikososyal işlevselliğini iyileştirme amacındadır ve ilaç tedavisine uyumu da arttırmaktadır (Sevinçok 2000).

Şizofrenik bozuklukların tedavisinde kullanılan psikososyal yaklaşımlar;

1.11.3.1. Bireysel Tedavi

Bireysel tedavi psikodinamik yönelimli özellikler taşıyabileceği gibi destekleyici, kişilerarası ilişkilere odaklı, bilişsel davranışçı yöntemleri kullanan ya da beceri geliştirmeye odaklanan biçimlerde de uygulanabilmektedir (Akt:Soygür ve ark. 2007).

1.11.3.2. Destekleyici Tedavi

İlaç tedavisine tamamlayıcı olarak düşünülmekte, hastanın kişiliğini değiştirmek yerine, klinik anlamda iyileşmesi ve işlevselliğinin arttırılması hedeflenmektedir. Bireysel, grup ve aile uygulamaları biçiminde düzenlenebilmektedir (Akt: Soygür ve ark. 2007).

1.11.3.3. Bilişsel Davranışçı Terapi

Şizofrenide bilişsel davranışçı tedavinin amacı hastayı ruhsal bir hastalığı olduğuna ikna etmek değil, belirtinin neden olduğu rahatsızlığı ortadan kaldırmak ve belirtinin şiddetini azaltmaktır. Hasta ile birlikte sanrı ve varsanılarla ilişkili çarpık düşünce yapılarını değiştirmek, belirtilerle baş etme stratejilerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir (Akt: Soygür ve ark. 2007).

1.11.3.4. Psikoeğitim

Toplumsal beceri eğitimi, ruhsal eğitim ve grup psikoterapileri ile bilişsel davranışçı tedavi ve bilişsel rehabilitasyon yöntemlerini kullanan ve aile eğitimini de içeren kapsayıcı bir tedavi modelidir (Yıldız ve ark. 2004).

Psikoeğitim, farmakolojik olmayan bir tedavi stratejisi, hastalık ve tedavisi üzerine verilen sistematik, yapılandırılmış, öğretici bilgi olarak tanımlanmaktadır (Rummel-Kluge ve Kissling 2008). Psikoeğitimde hasta ve ailesinin problemleriyle ve yetersizlikleriyle baş etme becerilerini geliştirme yöntemlerine odaklanılmakta ve bu yolla hastalığı yönetmede hastayı ve aileyi güçlendirme hedeflenmektedir (Rummel-Kluge ve ark. 2006). Katılımcıların (hastalar ve aile üyelerinin) hastalıkla baş etmesini sağlayabilmek için duygusal konuları bilgi ile bütünleştirmeyi içermektedir (Rummel-Kluge ve Kissling 2008).

Psiko-eğitim grupları, eğitimsel içerikli olup beceri geliştirmeyi hedefleyen ve başarılması gereken amaçların yer aldığı bir grup çeşidi olarak tanımlanmaktadır. Bu gruplar özellikle problemlerin ortaya çıkmasını “önleme” ye odaklanmakta ve bilgi verme ağırlıklı olmaktadır. Psiko-eğitim gruplarında özellikle rol oynama, problem çözme, karar verme ve iletişim becerileri gibi “grup temelli eğitim ve gelişim stratejileri” kullanılmaktadır. Belirli beceriler öğretilmeye çalışılır ve problemleri önlemek için çaba sarf edilmektedir (Güçray ve ark. 2009).

Psikoeğitimin üç temel ögesi vardır. Bunlar; terapötik etkileşim, açıklık getirme ve baş etme becerisinin geliştirilmesidir. Terapötik etkileşim; tıbbi bilginin saygı ve bireyin kendi düşünceleri doğrultusunda paylaşılmasını sağlamadır. Açıklık getirme; etkileşimsel bir tarz içinde bireyin ve ailenin hastalığa yüklediği anlamlara ve bilgilerine basitçe açıklık getirilmesidir. Baş etme becerisinin geliştirilmesi; krizin en üst düzeyde yönetilmesi ve kaynaklar üzerine odaklanarak baş etme becerilerinin geliştirilmeye çalışılmasıdır. Bu, bireyin ve ailenin hastalığına karşı uzmanlaşması ve yaşam planlarının yeniden düzenlenmesine yardım etmektedir (Swaminath 2009).

Psiko-eğitim gruplarının planlanmasında sekiz aşama izlenmektedir. Bunlar; grubun amaçlarının ortaya konması, hedef kitlenin kararlaştırılması, hedefler ve beklenen sonuçlarının belirlenmesi, alan yazının gözden geçirilmesi, çevresel faktörlerin belirlenmesi, oturumların planlanması, eğitim stratejileri ve materyallerin seçilmesi ve en son aşama değerlendirmedir (Güçray ve ark. 2009).

Günümüzde psikoeğitimsel müdahalelerinin birçok alanda (kanser, diyabet gibi) kullanımı artmakta, hasta/sağlıklı birey ve aileye yönelik olarak uygulanmaktadır. Uzun süreli hastane tedavisinin maliyetinin yüksek olması nedeniyle kısa süreli hastane tedavilerinin ve eğitimle desteklenmiş tedavi yöntemlerinin gerekliliği, psikoeğitimin; nüks ve relapsların önlenmesinde, tedaviye uyumda, hastalık süreci ile baş etme becerilerini geliştirmede etkinlik göstermesi ayrıca kolay uygulanabilmesi, hastalıkla ilgili problem çözme becerilerini geliştirmesi, karar verme ve aktif katılımı kolaylaştırması bu müdahalelerin kullanılmasını artıran nedenler arasında sayılmaktadır (Yurtsever ve ark. 2001, Lukens ve McFarlane 2004, Şengün ve ark. 2011).

Psikiyatri alanında psikoeğitim müdahaleleri ağırlıklı olarak şizofreni hasta ve yakınlarıyla yürütülmektedir. Ayrıca duygu durum bozuklukları, depresyon, alkol madde kullanımı, post travmatik stres bozukluğu, kişilik bozuklukları ve yeme bozuklukları alanlarında yürütülmüş randomize kontrollü psikoeğitim çalışması bulunmaktadır (Lukens ve McFarlane 2004).

Psikiyatri hasta ve ailelerine yönelik yürütülen psikoeğitim müdahalesinin içeriğinde genellikle; belirti ve bulgular, hastalığın seyri, nedenleri, tanı testleri ve ölçümleri, yaşam stili değişimleri, tedavi seçenekleri, tedavinin olası sonuçları, ilaç etki ve yan etkileri, terapötik stratejiler, uyum sağlayıcı baş etme yanıtları, potansiyel uyum problemleri, relapsın erken uyarı işaretleri, öz bakım sorumluluğunu geliştirme, iletişim, baş etme becerileri, sosyal

beceri eğitimi, stres yönetimi, sosyal destek sağlama, problem çözme eğitimi, kriz yönetimi konuları yer almaktadır (Şengün ve ark. 2011).

Şizofreni hastalarının ve aile üyelerinin psikoeğitime katılmaları bu hastalarda, hastalığın tekrarlama olasılığını düşürebilmekte ve tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini, hastalıkla baş etmeyi ve aile yükünü iyileştirebilmekte, hastalık sonuçlarını geliştirmekte, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgi düzeyini arttırmaktadır (Dixon ve Lehman 1995, Tel ve Terakye 2000, Doğan ve ark. 2002, Jungbauer ve ark. 2004, Thomas ve ark. 2004, Chien ve ark. 2006, Gümüş 2006, Maglino ve ark. 2006, Chien ve ark. 2007, Roick ve ark. 2007, Tanrıverdi 2008, Rummel-Kluge ve Kissling 2008, Nasr ve Kausar 2009, Arslantaş ve ark. 2009). Aynı zamanda uzun-sürekli girişimlerin (≥ 3 ay) kısa-sürekli müdahalelere oranla daha etkili olduğu görülmektedir (Rummel-Kluge ve Kissling 2008). Eğitim süresinin uzun olmasının bakım yükünü azalttığını gösteren çalışma da vardır (Pitschel-Walz ve ark. 2001).

Hasta ve ailesi için psikoeğitimin beklenen amaçları şöyle özetlenmektedir;

- Hastalığın bazı belirtilerini iyileştirmesi,
- Şizofreninin taşkınlık ya da yoksunluk belirtilerinin ilaçla tedavisinde sürekliliğin sağlanması,
- Tedavide gelinmiş olan aşamaların sürdürülmesi ve ilerletilmesi,
- Tedaviye rağmen devam eden taşkınlık ve yoksunluk belirtileriyle baş etmeye yardımcı olması,
- Hastalık belirtilerinin alevlenmesi açısından uyanık ve tedbirli olunmasının sağlanması,
- Nüksleri önleme,
- Hastalıktan ya da hastane yatışlarından kaynaklanan beceri eksikliklerinin giderilmesi, yeni becerilerin kazanılması,
- Çevreyle uyum sorunu doğuran bazı davranış bozukluklarının denetlenmesinin sağlanması,
- Hastaya bağımsız yaşama becerilerinin kazandırılması, yakınlarının olmadığı durumlarda da kendi başına işlerini sürdürebilecek yeterlilikte kalmasının sağlanması, gelir getiren ya da sadece uğraş amaçlı olsa bile mutlaka bir iş ya da uğraş içerisinde olmasının sağlanması,
- Aile yükü ve stresini azaltma,
- Değişim umudunu arttırma,

- Hasta ve ailesi için yaşam kalitesini arttırmak için yeni başa çıkma yeteneklerine yardım etme,
 - ✓ Kognitif, affektif ve davranış değişiklikleri yapmak,
 - ✓ Emosyonel destek sağlamak,
 - ✓ Tedavi uyumunu arttırmak (Yurtsever ve ark. 2001, Dülgerler 2004, Gümüş 2006, Yıldırım 2007, Swaminath 2009, Şengün 2011).

Psikososyal yaklaşımlar arasında en çok uygulananlar aile psikoeğitimi ve uyumlandırma tedavileridir (Doğan ve ark. 2002).

1.12. Şizofrenide Aile Psikoeğitimi

Şizofreni hastalarının aileleri çeşitli güçlükler yaşar. Bu güçlükler iki grupta toplanabilir. Birinci grupta hastaların sosyal çekilmesiyle, ilgilerindeki azalmayla, kişiler arası ilişkilerinin sınırlılığıyla, ikinci gruptaki güçlükler ise hastaların bozuk ve önlenemeyen davranışlarıyla ilgilidir. Bu güçlükler aile üyelerinde sıkıntı, depresyon, utanma ve suçluluk duyguları, korku, toplumsal ilişkilerde azalma, zamanla tükenmişlik duygusu ve ekonomik güçlükler yaratabilmektedir (Doğan 2002).

Çalışmalar aile üyelerinin daha çok şizofreni hakkında genel bilgiler, şizofreni belirtileriyle baş etme, şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri, şizofreninin zaman içinde gidişi ve sonlanması, şizofreninin tekrarlaması durumunda ortaya çıkan belirtiler hakkında bilgi almak istediğini göstermektedir (Chien ve ark. 2001, Yurtsever ve ark. 2001, Gülseren 2002, Chien ve Norman 2003, Sağduyu ve ark. 2003, Gümüş 2006, Yıldız ve ark. 2010).

Psikiyatri hasta ve ailelerine yönelik yürütülen psikoeğitim müdahalesinin içeriğinde genellikle; belirti ve bulgular, hastalığın seyri, nedenleri, tanı testleri ve ölçümleri, yaşam stili değişimleri, tedavi seçenekleri, tedavinin olası sonuçları, ilaç etki ve yan etkileri, terapötik stratejiler, uyum sağlayıcı baş etme yöntemleri, potansiyel uyum problemleri, relapsın erken uyarı işaretleri, öz bakım sorumluluğunu geliştirme, iletişim, baş etme becerileri, sosyal beceri eğitimi, stres yönetimi, sosyal destek sağlama, problem çözme eğitimi, kriz yönetimi konuları yer almaktadır (Şengün 2011).

Ailelere verilen psikoeğitimin bakım vericilerin yük algılarını ve yaşadıkları güçlükleri azalttığı, bakım vericilerin hastalarıyla olan iletişimlerini arttırdığı, duygu dışavurumlarını azalttığı çalışmalarla gösterilmiştir (Tel ve Terakye 2000, Doğan ve ark. 2002, Jungbauer ve ark. 2004, Cheng ve chan 2005, Chien ve ark. 2006, Maglino ve ark.

2006, Chien ve ark. 2007, Tanrıverdi 2008, Nasr ve Kausar 2009, Arslantaş ve ark. 2009, Breitborde ve ark. 2011, Navidian ve ark. 2012, Sharif ve ark. 2012).

1.13. Psikoeğitimde Psikiyatri Hemşiresinin Yeri

Psikoeğitim psikiyatrist, klinik psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacı gibi farklı psikiyatri profesyonelleri tarafından bireysel ya da grup psikoeğitimi şeklinde uygulanabilmektedir (Gümüş 2006, Alataş ve ark. 2007).

Tedavi ekibinin önemli bir parçası olan psikiyatri hemşiresinin görev sınıflandırmasında eğitim ve danışmanlık başlığı altında psikoeğitim programını planlama ve uygulama yer almaktadır. Psikiyatri hemşireleri hasta ve ailelerle tedavinin birçok aşamasında ilişki içinde olduklarından, hasta ve ailelerin gereksinimlerini değerlendirmede ve bu gereksinimlere yönelik psikoeğitim programları hazırlamada uygun bir konuma sahiptirler (Gümüş 2006).

Psikiyatri hemşireleri, eğitim ve destekleyici hizmetlerle birlikte hemşirelik sürecini kullanan bir terapist olarak görev yapmaktadır. Ruh sağlığı ihtiyaçlarını değerlendirmek, tanı koymak ve hemşirelik hizmetlerini planlamak, uygulamak ve değerlendirmek üzere kişi, aile, grup ve toplumla birlikte çalışmaktadır. Bu müdahaleler sağlığı yüceltme, sağlığın korunması; tarama ve değerlendirme, terapötik ortamın yönetimi, öz bakım aktivitelerinde hastaya yardımcı olma, psikoeğitim dahil sağlık eğitimi, idaresi ve denetimi; kriz müdahalesi ve danışmanlığı ve vaka yönetimidir (Gezgin ve ark. 2010).

1.14. Bakım Yüğü

Yirminci yüzyılın başında psikiyatrist Sullivan normal aile ortamı ile şizofrenik davranış arasında bir ilişkinin varlığı üzerinde durmuş, birçok araştırmacı tarafından sıklıkla “şizofrenik anne” “evlilik çarpıklığı ve parçalanma” veya “ yalancı ortaklık” tanımlarında anne kavramı öne çıkarılarak şizofreni hastalığının ortaya çıkışında annenin olumsuz rolüne dikkat çekilmiştir. Daha sonraki yıllarda bu teorilerin çoğu çürütülmüş ve aileyi hastalığın nedeni olarak gören bakış açısı yerini, ailenin tutumunun hastalığın seyrini nasıl etkilediğine ilişkin çalışmalara bırakmıştır. Son zamanlarda iyice yaygınlaşan, hastayı mümkün olan en kısa zamanda hastaneden çıkarma eğilimi, aileleri hastanın bakımında birinci derecede sorumlu hale getirmiştir. Aile artık patoloji kaynağı değil, hastanın sağlığına kavuşması için bir araç olarak görülmektedir. Bu durum ise şizofreni hastaları için ailelerin en önemli destek

kaynağı olarak görülmesine, ailelerin yaşadığı yük ve sorumlulukların artmasına neden olmaktadır (Schene 1990, Szmukler 1996, Schene 1998, Gutiérrez-Maldonado 2005, Tanrıverdi 2008, Arslantaş ve Adana 2011).

Bakıcının yükü kavramını öne çıkaran en önemli gelişme, 1950 yılında klorpromazinin keşfi ve ardından birçok antipsikotik ilacın kullanılmaya başlanması olmuş, bakım verenin yükü ile ilgili araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. 1970’lerde başlayan iyileşme hareketi aile terapisi stratejilerinin gelişmesini, bakım verene ve dolayısıyla bakımda ailenin rolüne ve bakım yüküne odaklanmayı sağlamıştır. Depo hastaneler kapanırken hastaların sağaltımlarının toplum içinde sürdürülür hale gelmesiyle hasta yakınları çok da hazır olmadıkları birincil bakıcı rolünü üstlenmişlerdir (Schene 1990, Szmukler 1996, Gutiérrez-Maldonado 2005, Rose ve ark. 2006, Hanzava ve ark. 2008, Gülseren ve ark. 2010).

Yük kavramı hasta bir bireyle yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak aracılığıyla kullanılmaktadır (Gülseren ve ark. 2010). Araştırmacılar Hoening ve Hamilton bakım verme yükünün öznel (subjektif) ve nesnel (objektif) olmak üzere 2 boyutunun tanımını 1966 yılında yapmışlardır. Bu tanım günümüzde de kullanılmaktadır. *Objektif yük* hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, gelir kaybı, günlük yaşamdaki ve sosyal etkinliklerdeki kısıtlanmalar, ev ortamındaki gerginlik, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönü olarak tanımlanmaktadır. Hastalık nedeniyle bakım verenlerin direkt olarak yaşadıkları zorluklar (yardım etme, danışmanlık, kontrol etme, ödeme v.b), deneyimler (sosyal ilişkilerde ve ailede rahatsızlık) veya bireyin kendi yaşamı ile ilgili hiçbir şey yapamamasıdır (hobi, kulüpler, kariyer, iş v.b.) (Schene 1990, Schene 1998, Reine 2003, Chien ve Chan 2007, Awad 2008, Arslantaş ve Adana 2011). *Subjektif yük* ise hastanın bakımı ile ilgili zorlukların aile üyelerini rahatsız etme düzeyi, hastanın rahatsızlık verici davranışlarıyla ilişkili duygusal sıkıntı ya da hastayla ilgili olarak yaşanan sıkıntı düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Objektif stres nedenleriyle baş etmede bakım veren tarafından deneyimlenen sıkıntı olarak da tanımlanmıştır. Kaygı, suçluluk duygusu, stres gibi tepkiler öznel yükün göstergeleri olarak düşünülmektedir (Schene 1998, Reine 2003, Sales 2003, Gülseren ve ark. 2010, Arslantaş ve Adana 2011, Atagün ve ark. 2011).

Yapılan çalışmalarda bakım verenlerle ilgili bazı faktörlerin bakım vericilerin algıladıkları yüke duyarlılığı ve risklerini etkilediği belirtilmiştir (Akt: Arslantaş ve Adana 2011).

1.14.1. Bakım Verenlerin Özellikleri

1.14.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Cinsiyet, yaş, çalışma durumu, sosyoekonomik durum gibi bazı soysal pozisyonların bakım verme yükünü arttırdığı ya da azalttığı belirtilmektedir (Chou 2000).

Ailenin üzüntüsünün düzeyi hasta erkek olduğu zaman artmaktadır. Erkek hastaların kendilerinden beklenen çalışma, aileye ekonomik yönden katkı sağlama gibi toplumsal rolleri üstlenememeleri aile üyelerinin daha fazla yük hissetmelerine neden olmaktadır (Akt: Arslantaş ve Adana 2011). Gülseren ve arkadaşları (2010) şizofrenide aile yükün etkileyen etmenleri araştırdıkları çalışmada hastanın cinsiyeti erkek ise aile üyelerinin daha fazla yük bildirdiklerini belirtmişlerdir (Gülseren ve ark. 2010). Arslantaş ve Adana'nın (2012) şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenleri araştırdıkları çalışmada da hastanın cinsiyetinin erkek olmasının yük algısını arttırdığı bulunmuştur (Arslantaş ve Adana 2012). Yurt dışında yapılan çalışmalarda da benzer şekilde erkek hastalara bakım verenlerde yük algısının fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Roick 2007, Awad 2008, Upkong 2012). Aydın ve arkadaşlarının (2009) şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisini araştırdıkları çalışmada ise bakım verenin ve hastanın cinsiyeti ile yük arasında bir ilişki saptanamamıştır (Aydın ve ark. 2009).

Şizofreni hastalarının bakım yükü genellikle kadınların üzerindedir. Çoğunlukla bu kadınların hastanın annesi, kız kardeşi ya da eşi olduğu görülmektedir (Arslantaş ve Adana 2011). Çalışmalarda bakım verici üyenin kadın olmasının daha fazla yük ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Barusch 1989, Chou 2000, Gutiérrez-Maldonado 2005, Awad 2008, Nasr ve Kausar 2009, Gülseren ve ark. 2010, Arslantaş ve Adana 2012, Ukpong 2012). Erkekler genellikle bakıma ya acil durumlarda katılmakta ya da eşin işi dolayısıyla eşe destek vermek amacıyla gerektiğinde bakıma destek vermektedirler. Bununla birlikte bakım veren erkekler genellikle daha gençtirler ve hastalığın son zamanlarında bakıma katılmaktadırlar (Arslantaş ve Adana 2011). Bakım veren kişinin cinsiyetinin bakım yüküyle ilişkisi olmadığını gösteren çalışmalarda vardır (Foldemo 2005, Aydın ve ark. 2009, Ak ve ark. 2012).

Araştırmalarda eğitim seviyesi düştükçe bakım yükünün arttığı bulunmuştur (Guarnaccia 1996, Czuchta 2001, Li ve ark. 2007, Aydın ve ark. 2009, Ak ve ark. 2012, Ukpong 2012). Ukpong ve arkadaşlarının (2006) şizofreni yakınlarının sıkıntı ve yüklerinin klinik ve

demografik özelliklerle ilişkisini araştırdıkları çalışmada ise eğitim seviyesi arttıkça bakım yükünün arttığı bildirilmiş, kişinin çalıştığı ortamdaki ayrılıp yakınına zaman ayırması, maddi olarak desteklemesi konusunda sorumluluğunun artmasıyla bağlantılı olabileceği ile ilgili yorumlamışlardır (Ukpong 2006).

Sosyoekonomik durumu düşük olan şizofreni bakım vericilerin yük algılarının fazla olduğu bildirilmektedir (Chien ve Chan 2007, Caqueo-Urizar ve ark. 2009, Nasr 2009, Gülseren ve ark. 2010).

Arslantaş ve Adana'nın (2012) yapmış olduğu çalışmada ise bakım vericilerin sosyodemografik özelliklerinin yük puanları ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (Arslantaş ve Adana 2012).

1.14.1.2. Sağlık

Şizofreni hastalarının sağlıksız bakım verenlerinin sağlıklı bakım verenlerden daha fazla yük algısına sahip oldukları bildirilmektedir (Chou 2000, Gülseren ve ark. 2010).

1.14.1.3. Psikolojik Faktörler

İnsanların bir kısmı bakım verme deneyiminden olumlu olarak yararlandıkları belirlenmiş, bu subjektif yük algısında bireyler arası farklılığın bir göstergesi olarak düşünülmüştür. İnsanların çok azı bakım vermelerine rağmen baktığı kişilere faydalı olduklarını düşünmektedirler. Bu da kişinin subjektif algısıyla ilgilidir (Akt: Arslantaş Ve Adana 2011).

Yükümlülük ve Sorumluluk Hissi: Bakım verenin hastaya yönelik sorumluluk duygusu onların dinlenmeksizin bakım vermelerinden dolayı cesaretlerinin kırılmasına ve sosyal aktivitelerinin azalmasına neden olabilir. Bakım verici ebeveynler çocuklarının refahı hakkında endişelenerek kendi hoşlandıkları eylemleri kısıtlayabilirler ve bu nedenle sosyal aktivitelerine devam etmemeyi tercih edebilirler (Akt: Arslantaş Ve Adana 2011).

Duygusal Yakınlık, Karşılıklı İlişki ve Aile İlişkileri: Bu üçlü özelliğin yükün algılanmasında önemli olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda, aile içi olumlu ve sağlıklı ilişkinin yük algısını azalttığı bulunmuştur (Akt: Arslantaş Ve Adana 2011).

Ego Gelişimi: Bakım verenin ego gelişim düzeyi onun yük seviyesini algılamasında direkt etkili olabilir ve sorumluluklardan kaynaklanan stres seviyesinin azaltılmasında yararlı

olabilir. Ancak diğer bazı çalışmalar ego gelişiminin yük üzerinde etkili olmadığını bildirmiştir (Akt: Arslantaş Ve Adana 2011).

Kişilik Faktörleri: Çoğu araştırma, stresli yaşam olayları ve hastalık sırasında acı çeken hastaların bakım verenlerin cesaretinin üzerine odaklanmıştır. Bakım verenin cesareti, sosyal desteğin kullanımının artmasında ve bakım verenin yükünün azalmasında etkilidir. Güçlü aile bağının, sosyal desteğin kullanımını arttırdığı ve bakım verenin yükünü azalttığı bildirilmiştir (Akt: Arslantaş Ve Adana 2011).

1.14.1.4. Bakım Verenlerin Talepleri

Birincil Talepler: Hastanın rahatsız edici davranışının derecesi ve sınırlı fonksiyonu ile ilgili olarak belirlenmiştir, işlevsellikteki sınırlılıklar bakım alanının fonksiyonel kapasitesi ile ilgilidir. Bu günlük yaşamın enstrümental aktiviteleri ve günlük yaşam aktiviteleri ile ölçülmektedir (Akt: Arslantaş ve Adana 2011).

İşlevsel Sınırlılığın Derecesi: Hastanın günlük yaşam aktiviteleri konusunda; örneğin banyo, yemek yeme, giyinme, yürüme, okula gitme, ara öğün hazırlama, ilaç alımı, telefonu kullanma v.b. konulardaki bağımlılığının artması yükü arttırmaktadır (Akt: Arslantaş ve Adana 2011).

Rahatsız Edici Davranışın Varlığı: Hastanın rahatsız edici davranışlarının varlığı ebeveynde yorgunluğa ve anksiyeteye yol açmaktadır. Rahatsız edici davranış bakım verici yükünün dört bileşeni ile ilgili olmaktadır. Bunlar olumsuz aile ilişkileri, bakım verici aktivitesindeki kısıtlama, bakım verenin sağlığında azalma ve depresyondur (Akt: Arslantaş ve Adana 2011).

İkincil Talepler: Bakım verene yönelik ikincil talepler aile, iş ve toplumdan gelebilmektedir. Hane halkı geliri bakım verici yükünün en önemli belirleyicilerinden biri olarak bildirilmiştir. Bakım verenin tek başına bakım veriyor olması yükü arttırmaktadır (Akt: Arslantaş ve Adana 2011).

1.14.1.5. Bakım Vermedeki Bağlılık

Bakım verme sırasında harcanan zaman ve bakım verenin bakım verme ile ilgili görevleri burada önemli yer tutmaktadır.

Zaman Bağlılığı: Hastalarda yapılan çalışmalar ailelerin hastaları için günde ortalama 6.5 saat ayırdığını göstermiştir. Aileler bu zamanı ilaç uygulaması, kişisel hijyen, hastayı taşıma,

genel fiziksel bakım ve ev işleri için kullandıklarını bildirmişlerdir. Yükle bakım için harcanan zaman arasında pozitif ilişki bulunmuştur (Akt: Arslantaş ve Adana 2011).

Görev İçeriğinin Sayısı: Bakım verenlerin görevlerinin; ev halkının ve evin mali yönetimi ile hastanın kişisel bakımı ve hastanın hareketliliğini sağlamak olduğu bildirilmiştir. Bakım verenin yükü ve görevleri arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmektedir (Akt: Arslantaş ve Adana 2011).

Bakım Vermenin Tipleri: Bu değişkenin bakım verenin yükünü ne düzeyde etkilediği ya da gerçekten önemli bir rol üstlenip üstlenmediğine dair bir saptama henüz yapılmamıştır (Akt: Arslantaş ve Adana 2011).

1.14.2. Hastalık Belirtileri

Arslantaş ve Adana'nın (2011) aktardığına göre şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yükünde, hastanın psikotik belirti gruplarının ne düzeyde etkili olduğuna dair bir fikir birliği yoktur (Arslantaş ve Adana 2011). Çalışmaların bir kısmı varsanı ve sanrı gibi pozitif psikotik belirtilerin diğer psikotik belirti gruplarından daha fazla sıkıntı verdiğini göstermiştir (Magliano 1998, Wolthaus ve ark. 2002). Bununla birlikte bir kısım çalışmada da bakım verenin anhedoni, apati, sosyal ve çevresel içe çekilme gibi negatif belirtilerin üstesinden gelmesinin daha sıkıntılı olduğu bildirilmiştir (Raj ve ark. 1991, Provencher ve Mueser 1997, Ukpong 2012). Diğerleri ise hem pozitif hem de negatif belirtilerin bakım verici yükünde etkili olduğunu göstermiştir (Wong 2002, Magliano 2002).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda Gülseren ve arkadaşları (2010) pozitif belirtilerin ailenin yükünü öngören tek belirti kümesi olduğunu, Aydın ve arkadaşları (2009) ise pozitif ve negatif belirtiler ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmişlerdir (Aydın ve ark. 2009, Gülseren ve ark. 2010).

Psikotik belirtilerin çeşitliliği hafif, orta ve şiddetli şeklinde değerlendirildiğinde, Ak ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada belirtilerin şiddeti arttıkça bakım verenin yükünün arttığı saptanmıştır (Ak ve ark. 2012). Bu bulguların tersine hastalık belirtilerinin yük ile ilişkisi olmadığını bildiren çalışmalara da rastlanmaktadır (Aydın ve ark. 2009, Arslantaş ve Adana 2012).

1.15. Bakım Yükünün Değerlendirilmesi

Bakım yükü kavramı çok yönlü (sosyal, psikolojik, davranışsal, işlevsellik, ruhsal, tıbbi ve ekonomik) bir kavram olup ölçülmesi zordur. Değerlendirme ölçekleri bu şekilde farklı fakat ilişkili yönler konusunda eşit bilgi sağlayabilir (Arslantaş ve Adana 2011).

Ülkemizde, şizofreni hasta ailelerinin yükünü belirlemede yapılmış az sayıda çalışmada farklı ölçekler kullanılmıştır. Bunlardan bir tanesi, Özlü ve arkadaşları (2009) tarafından geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmış olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'dir (Özlü ve ark. 2009). Bu ölçek Zarit ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ülkemizde kullanılan bir diğer ölçek Arslantaş ve arkadaşları (2011) tarafından geçerlilik güvenirliği yapılmış olan Algılanan Aile Yüğü Ölçeği'dir (Arslantaş ve ark. 2011). Levene ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek bakım verenin son bir aydaki yükünü sorgulamaktadır. Genel değerlendirme iki basamakta yapılmaktadır. Birinci basamakta, hastada şu anda var olan davranışların neler olduğu, ikinci basamakta ise bu davranışların yakınları ne kadar rahatsız ettikleri belirlenir. Birinci basamakta hasta yakınları hastalarında var olan davranışın hangisinin olduğunu işaretler ve ikinci basamakta bu davranışın onu ne kadar rahatsız ettiğini belirtir. Ölçek 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması bakım verenin yük algısının yüksek olduğunu gösterir (Levene ve ark. 1996, Arslantaş ve Adana 2011).

1.16. Psikoeğitimin Bakım Veren Yüğüne Etkisini Gösteren Çalışmalar

2000 yılında Tel ve Terakye'nin yapmış olduğu Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde 1 Kasım 1997- 1 Kasım 1998 tarihleri arasında şizofreni tanısı ile yatan hastaların bakımlarından birinci derece sorumlu 60 hasta yakınının (30'u araştırma-30'u karşılaştırma grubu) alındığı çalışmada; şizofreni tanısı ile hastanede yatmakta olan hastaların bakımından birinci derece sorumlu olan hasta yakınlarının hastalık semptomlarını ele alma ve hastalıkla ilgili yaşadıkları stresli durumlarla baş etmelerine psikoeğitimsel yaklaşımın etkisini belirlenmesi amaçlanmıştır. Hastaneye kabulde her iki gruptaki hasta yakınlarının hastaya bakım verirken güçlükler yaşadıkları, psikoeğitimsel yaklaşımın uygulandığı araştırma grubu hasta yakınlarının bir ve ikinci aylık kontrollerde bakımda yaşadıkları güçlüklerin azaldığı, karşılaştırma grubu hasta yakınlarının aylık kontrollerde bakımda yaşadıkları güçlüklerin artarak devam ettiği görülmüş (Tel ve Terakye 2000).

Doğan ve arkadaşlarının 2002’de yapmış olduğu, Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde şizofrenik bozukluk tanısıyla en az bir kez yatırılarak tedavi uygulanan hastalar ve ailelerinin alındığı çalışmada psikososyal yaklaşımların aileler üzerinde etkileri araştırılmıştır. Üç ay sonunda bakım verenlerin sosyal işlevselliğinde artış, aile ilişkilerinde düzelme ve yaşadıkları güçlüklerde azalma gözlenmiştir (Doğan ve ark. 2002).

Berglund ve arkadaşlarının 2003 yılında İsviçre’de 31 bakım vericiyle (14 çalışma -17 kontrol) yaptığı çalışmada psikoeğitim verdikleri grupta bakım yükünün önemli ölçüde azaldığını, hastalığın tekrarlamışının düştüğünü belirtmişleridir (Berglund ve ark. 2003)

Jungbauer ve arkadaşlarının 2004 yılında yapmış oldukları çalışmada 52 şizofreni hastasının eşini örnekleme almışlardır. Bu eşlere ev ziyareti yapılmış ve ziyaretlerde psikoeğitim verilmiştir. Yapılan psikoeğitimin sonucunda eşlerin yaşam kalitelerinde ve çiftler arası ilişkilerde artış olduğu bulunmuş (Jungbauer ve ark. 2004).

Chien ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada Hong Kong’da tedavisi bitmiş 96 şizofreni ailesi örneklem olarak alınmıştır. Alınan 96 aileden; 32’si destek guruplarına katılmış, 33’ü psikoeğitim almış, 31 ise standart bakım almıştır. Destek guruplarına katılan ailelerde hasta ve aile işlevselliği ve aile yükü diğer iki gruba göre daha fazla iyileşme göstermiştir. Hastaneye yatış sayısında destek grubuna katılan ailelerde önemli bir değişiklik olmamış fakat psikoeğitim ve standart bakım alan grupta yeniden yatış sayısında azalma olmuştur (Chien ve ark. 2006).

2006 yılında Magliano ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada psikoeğitimin bireysel sosyal fonksiyonların yanında sosyal destek algıları ve yüke olan etkisi araştırılmıştır. 34 ruh sağlığı profesyoneli İtalya’daki 17 kamu ruh sağlığı merkezinden 71 şizofreni ailesi seçmiştir. Randomize seçilen 42 aile müdahale grubu olarak alınmış, 29 aile ise 6 aylık bir bekleme listesine alınmış. Her iki grupta da aile yükünde önemli bir iyileşme olmuştur. Akrabaların sosyal ilişkileri ve profesyonel destek algıları müdahale grubunda artmıştır (Maglino ve ark. 2006).

Chien ve arkadaşlarının 2007 yılında 84 aile üyesi ile vaka kontrol çalışması yapılmıştır. 42 kişi vaka grubuna psikoeğitim verilmiş, 42 kişi kontrol grubuna ise standart bakım verilmiştir. 12 aylık takip periyodu sonucunda psikoeğitim grubunun ailesel ve bireysel fonksiyonellikde daha iyi olduklar, daha az yük algıladıkları bulunmuştur (Chien ve ark. 2007).

Atatürk Üniversitesi Yakutiye Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Erzurum Numune Hastanesi Psikiyatri polikliniklerinde 1 Ekim 2007- 3 Haziran 2008 tarihleri arasında yapılmış tezde 31 bakım verici araştırmaya katılmış. Zarit bakıcı yük ölçeğinin kullanıldığı çalışmada,

bakım vericilerin eğitim öncesi puan ortalamalarının, eğitim sonrası puan ortalamalarından düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitimin bakım vericilerin algıladığı yükü azalttığı sonucuna varılmıştır (Tanrıverdi 2008).

Pakistan’da 2009 yılında Nasr ve Kausar’ın yapmış oldukları çalışmada 108 şizofreni hastası ve onların aile üyeleri ele alınmıştır. Her iki grubada psikotropik ilaçlar uygulanmış fakat sadece bir gruba psikoeğitim verilmiştir. Psikoeğitim alan grupta eğitim sonrasında aile yükünde önemli değişim olmuştur. Çalışmacılar Pakistan’da şizofreni hastaları için aile eğitimin önemli olduğu sonucuna varmışlar (Nasr ve Kausar 2009).

Navidian ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada, araştırmaya 50 şizofreni tanılı hasta, 50 duygu durum bozukluğu tanılı hasta alınmıştır. Her gruptan 25 bakım vericiye psikoeğitim verilmiştir. Eğitimden önce, eğitimden sonra ve eğitimden 3 ay sonra zarit bakıcı yük ölçeği uygulanmış, her iki grup içinde psikoeğitimin yük üzerinde azaltıcı bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Navidian ve ark. 2012).

Sharif ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada 35’şer kişiden oluşan çalışma ve kontrol grubu rastgele belirlenmiştir. Çalışma grubuna haftada doksan dakikalık iki seans olmak üzere toplamda beş haftalık on seans psikoeğitim hemşire veya psikiyatrist tarafından verilmiş, aynı zamanda bakım vericilerin hastaları ilaç tedavisine devam etmiştir. Çalışma grubuna eğitimden önce, eğitimden sonra ve eğitimden bir ay sonra aile yükü anketi uygulanmıştır. Sonuç olarak eğitimin yükü azalttığı bulgusuna ulaşılmış, psikoeğitimin gerekliliğine vurgu yapılmıştır (Sharif ve ark. 2012).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma psikoeğitimin şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algılarına olan etkisini belirlemek amacıyla ön test- son test kontrol gruplu desen olarak planlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı Adnan Menderes Üniversitesi 1992 yılında kurulmuş olup Araştırma ve Uygulama Hastanesi 1996 yılında Aydın ilinde hizmete açılmıştır. Psikiyatri Anabilim Dalı 1997 yılında ayaktan ruh sağlığı hizmetleri (poliklinik), 2000 yılında yataklı ruh sağlığı hizmetleri (servis) vermeye başlamıştır. 2 katlı olan servis de A ve B bloğu 16 tam gün hastasının, C bloğu ise 9 gündüz hastasının tedavisi için ayrılmıştır. Serviste görüşme ve nöbet odası, hemşire odası, oturma ve tv salonu, yemek ve oyun masaları, grup terapisi ve uğraşı salonu, vizit salonu, hasta yakını bekleme salonu bulunmaktadır. Servise anksiyete, duygudurum ve psikoz birimlerinden hastalar yatmakta, poliklinikte de aynı birimden hastalar takip edilmektedir. Servis ve poliklinikte 4 profesör, 2 yardımcı doçent, 9 araştırma görevlisi, 7 hemşire, 1 psikolog ve 1 sosyal hizmet uzmanı görev yapmaktadır.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi psikiyatri polikliniğinde Eylül 2011- Ekim 2013 tarihleri arasında şizofreni tanısıyla takip edilmekte olan hastaların bakım vericileriyle yapılmıştır.

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini oluşturmak amacıyla Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Atatürk Devlet Hastanesi ve Aydın Devlet Hastanesinde Psikiyatri Polikliniğinde şizofreni tanısı ile izlenen hastaların araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bakım vericilerinin alınması planlanmıştır. Atatürk Devlet Hastanesi ve Aydın Devlet Hastanesi için izinler alınmış, hekimler ile yüz yüze görüşülmüştür. Hekimler tarafından görüşme yapılacak aileleri kendilerinin belirlemeleri talep edilmiş, araştırmacının iletişim bilgileri verilmiştir. Hiçbir hekim tarafından ve hasta yakını tarafından araştırmacıyla iletişim kurulmamıştır. Bu nedenle araştırma yalnızca Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi psikiyatri polikliniğinde yapılmıştır.

Çalışmanın evreni olarak Adnan Menderes Üniversitesi psikiyatri polikliniğinde takip edilen şizofreni tanılı hasta ve bakım vericileri alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla Cohen'in iki grup ile orta etki boyunda yapılacak çalışmalar için kullanılan tablosundan deney ve kontrol grubuna 50 şer hasta atanmasına karar verilmiştir. Hastaların belirlenmesi amacıyla deney ve kontrol grubu için kura yöntemi uygulanmıştır. Ancak iletişim bilgilerinin yanlış ya da eksik olmalarından dolayı istenilen sayıda deney ve kontrol grubuna ulaşılamamıştır. Şizofreni tanısı almış hasta ve yakını 3 kez telefon ile aranmış, ulaşılabilen ailelerden görüşme için randevu talebinde bulunulmuştur. Çalışmanın başlangıç hedefindeki hasta grubuna ulaşılamayınca amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmış, bakım vericilerden araştırmacı tarafından verilecek olan eğitime katılmaya gönüllü olanlar çalışma, araştırmacı tarafından verilecek eğitimi kabul etmeyip araştırmacı tarafından uygulanacak olan anketleri uygulamayı kabul edenler kontrol grubuna alınmıştır. Toplamda 30 çalışma, 30 kontrol grubuna ulaşılmıştır.

2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Bakım verenleri araştırmaya alma ölçütleri;

- 18-75 yaş aralığında olma,
- Araştırmanın yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye sahip olma,
- Sorulan soruları anlayabilme,
- İşitme ve görme problemine sahip olmama,
- En az bir yıldır hasta ile ilgili sorumluluk alan primer bakım verici olmadır.

Bakım verenleri araştırmadan dışlanma kriterleri;

- 2 oturum üst üste eğitimlere gelmeme,
- Verilen ödevleri yapmama,
- Bakım verdiği hastasının psikiyatri servisine yatması,
- Psikolojik bir rahatsızlık tanısı almadır.

2.6. Veri Toplama Araçları

Algılanan Aile Yüğü Ölçeği (AAYÖ) (Perceived family burden scale-PFBS): Levene ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Arslantaş ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmış olan Algılanan Aile Yüğü Ölçeği görüşmecinin ya da hasta bakım vericisinin kendisinin değerlendirdiği bir ölçektir. Ölçeğin

Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.916 olarak hesaplanmıştır. Ölçek bakım vericinin son bir aydaki yükünü sorgulamaktadır. Genel değerlendirme iki basamakta yapılmaktadır: Birinci basamakta, hastada şu anda var olan davranışların neler olduğu, ikinci basamakta ise bu davranışların yakınları ne kadar rahatsız ettikleri belirlenir. Birinci basamakta hasta yakınları hastalarında var olan davranışların hangisinin olduğunu işaretler ve ikinci basamakta bu davranışların onu ne kadar rahatsız ettiğini belirtir. Eğer belirli bir maddede sorgulanan davranışlar hastada yoksa o maddeye sıfır (0) verilir ve sonraki maddeye geçilir. Eğer sorgulanan davranışlar hastada bulunuyorsa ikinci basamağa ilerlenir ve davranışların aileye verdiği rahatsızlık dördümlü Likert tipi ölçek üzerinde hiç (1), biraz (2), oldukça (3), çok fazla (4) olarak derecelendirilir. Böylelikle her maddeye 0 ile 4 arası bir puan verilmiş olur. Bu puanların toplanması ile toplam puan elde edilir. Levene ve ark. (1996) sorgulanan davranışların olup olmadığına ilişkin ilk aşama değerlendirmelerini toplam puanın nesnel bileşeni (0 ile 24 puan arasında); sorgulanan davranışların verdiği rahatsızlığa ilişkin ikinci aşama değerlendirmelerini toplam puanın öznel bileşeni (0 ile 96 puan arasında) olarak tanımlamışlardır. Ayrıca öznel ve nesnel puanların toplamı toplam yükü belirtmekte olup 0 ile 120 arasında puan alınmakta, puan arttıkça bakım verenin yük algısının arttığı düşünülmektedir.

Soru Formu: Soru formu, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilmiş olup hastaların ve bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerini ve yükü etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik toplam yirmi iki sorudan oluşmaktadır (Yurtsever ve ark. 2001, Doğan ve ark. 2002, Lukens ve McFarlane 2004, Gülseren ve ark. 2010, Arslantaş ve Adana 2011, Şengün ve ark. 2011).

Psikoeğitim: Psikoeğitim programının içeriğini şizofreni hastalığı, tedavisi, hastalığın erken belirtileri, iletişim becerileri, stresle başa çıkma ve problem çözme becerileri oluşturmaktadır (Gökalp ve ark. 1993, Tel ve Terakye 2000, Yıldız 2001, Yazıcı 2001, Gülseren 2002, Doğan ve ark. 2002, Dülgerler 2004, Candansayar 2005, Öztürk 2008, Tanrıverdi 2008, Arslantaş ve Adana 2011, Yıldız 2011). Oluşturulan bu eğitim şizofreni konusunda çalışmaları olan üç akademisyen psikiyatri hemşiresi tarafından değerlendirilmiş, yapılan değerlendirme sonuçlarına göre gerekli çıkarma ve ilaveler yapılarak son şekli verilmiştir. Psikoeğitim programı ilk 8 kişilik grupta haftada bir kez 15 dakika ara ile 45–60 dakikadan oluşan iki oturum ve 8 seanstan oluşmuştur. Oturumlardan önce ısınma egzersizleri yaptırılmıştır. Oturumlarda rol oynama, soru-yanıt, yineletme, vaka okuma, kontrol listeleri ve ödevler gibi öğrenme etkinlikleri kullanılarak belirlenen gündem konuları konuşulmuştur. Daha sonraki

gruplar eğitim süresinin uzun olduğunu ve gelemeyeceklerini belirttikleri için eğitim 8 saatlik tek seansa indirilmiştir, altı ile sekiz kişilik gruplara; rol oynama, soru-yanıt, yineletme, vaka okuma gibi öğrenme etkinlikleri ve ısınma egzersizleri uygulanmıştır. Psikoeğitim programı hazırlanırken uzman görüşü alınmıştır.

Psikoeğitim oturumları;

1. Oturum: Tanışma, eğitimi tanıtır ve ailelerin yaşadıkları bakım verici yükü ile ilgili bilgi verilmesi

- Grup üyeleri ile tanışmak
- Eğitimin amaçlarını açıklamak
- Ailelere gelecek oturumlara ilişkin bilgi vermek
- Ailelerin yapılacak eğitimden beklentilerini konuşmak
- Grup kurallarını belirlemek
- Hastanın tedavisinde aile desteğinin önemini açıklamak
- Bakım yükü kavramı nedir ve ailelerin bu konudaki deneyimlerini konuşmak

2. Oturum: Şizofreni hastalığı ile ilgili bilgi verilmesi

- Şizofreni hastalığını açıklamak
- Şizofreni hastalığının sebeplerini açıklamak
- Şizofreni hastalığının belirtilerini açıklamak
- Şizofreni hastalığının başlangıç ve seyri açıklanır
- Şizofreni hastalığına atfedilen yanlış inanışlar tartışılır
- Şizofreni hastalığının ailede ve çevrede uyandırdığı tepkiler tartışılır
- Şizofreni hastalarının yasal hakları açıklanır
- Şizofreni hastalarının evlilik durumları tartışılır ve bilgilendirme yapılır

3. Oturum: Şizofreni hastalığının tedavisi

- Şizofreni hastalığının tedavisinin amacı açıklanır
- Şizofreni hastalığında kullanılan ilaçların etki ve yan etkileri nelerdir? (her üyenin kendi hastasında gördüğü etki ve yan etkiler tartışılır)
- İlaçların yan etkileri görüldüğünde yapılması gerekenler açıklanır

4. Oturum: Şizofreni hastalığının tedavisi

- İlaçların düzenli kullanımının önemi açıklanır

- İlaç tedavisinin uyumuna ilişkin yaşanan sorunlar tartışılır
- İlaç alma alışkanlıklarının düzeltilmesine yönelik düşünceler ve öneriler tartışılır

5. Oturum: Şizofreni hastalığında erken belirtiler

- Şizofreni hastalığını erken belirtilerini tanımanın önemi açıklanır
- Şizofreni hastalığının alevlenmesini haber veren erken belirtiler açıklanır
- Bakım vericilerin uyarıcı erken belirtilerle ilgili deneyimleri tartışılır

6. Oturum: İletişim becerileri

- Hastayla iletişimde dikkat edilmesi gereken noktalar açıklanır
- Bakım vericilerin duygularını ifade etme biçimleri (eleştirel, aşırı koruyucu ve kollayıcı ya da düşmanca tutumların değerlendirilmesi) ve duygu ifadesinin hastalığa etkisi
- Hastaların iletişim kurmada yaşadıkları sorunlar tartışılır
- Bakım vericilerin hastalarının iletişiminden beklentileri tartışılır

7. Oturum: Stresle baş etme yöntemleri ve problem çözme becerileri

- Stresli durumlar ve stresle baş etme yöntemleri açıklanır
- Problem çözme yöntemleri açıklanır
- Bakım vericilerin hastalarıyla yaşadıkları problemler tartışılır
- Sorunları çözmeye yönelik bakım vericilerin tutumları tartışılır

8. Oturum: Eğitim programını değerlendirmek

- Psikoeğitim programının tamamı değerlendirilir
- Grup üyelerinin önerileri alınır

El Kitabı: Oturumlar sırasında ailelere verilen eğitim özetlenerek el kitapçığı oluşturulmuştur. Bu el kitapçığı AAYÖ'nin eğitimden üç ay sonraki uygulanmasında araştırmaya katılan çalışma ve kontrol grubundaki bakım vericilere verilmiştir.

2.7. Ön Uygulama

Çalışmada kullanılan anket soruları daha önce yapılan AAYÖ'nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında kullanıldığı için bu çalışma için ön uygulama yapılmamıştır.

2.8. Verilerin Toplanması

Çalışmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları ile yüz yüze birebir görüşme yapılmış, çalışma grubuna eğitimden önce ve üç ay sonra Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı ve soru formu, kontrol grubuna da başlangıç ve üç ay sonra Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı ve soru formu uygulanmıştır. Ölçekler ve soru formu araştırmacı tarafından okunarak doldurulmuştur. Hastalarla da yüz yüze birebir görüşme yapılmıştır. Ailelere verilen psikoeğitimin üçüncü ay ölçümünden sonra eğitime katılan ailelere psikoeğitimde verilen bilgilerin özetini içeren bir el kitabı ve çalışmaya katıldıkları için bir katılım belgesi, kontrol grubuna da üçüncü ay ölçümünden sonra el kitabı verilmiştir.

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 15.0 paket programında yapılmıştır. Demografik bilgilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, standart sapma ve aritmetik ortalama, ki-kare, ön test-son test değerlendirilmesinde t testi uygulanmıştır.

2.10. Değişkenler

Bağımlı değişkenler; Şizofreni ailelerinin bakım yükü puanı bağımlı değişkeni oluşturmaktadır.

Bağımsız değişkenler; Şizofreni ailelerine uygulanan psikoeğitim bağımsız değişkeni oluşturmaktadır.

2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın belli tarihler arasında ulaşılan hastalara yapılması,
- Tek merkezde yürütölmüş olması,
- Adres bilgilerinin dosyalara yanlış kaydedilmesi,
- Tüm evreni temsil edecek sayıya ulaşamaması,
- Hastaların sadece birinci derece olduğı düşünölen yakınlarının araştırmaya alınması diğeri aile üyelerinin alınmamasıdır.

2.12. Araştırmanın Güçlükleri

- Başvurulan merkezlerin çalışmayı desteklememeleri ve iletişim bilgilerini paylaşmamaları,

- Eğitim süresinin uzun olmasından dolayı ailelerin zaman ayırmamaları,
- Ailelerin verilen randevulara gelmemesi ya da randevuya gelse bile eğitime gelmek istememeleridir.

2.13. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için 24.05.2012 tarihli B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/050.04-129 nolu Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurul onamı, Atatürk Devlet Hastanesinde çalışma yapabilmek için Aydın Valiliği İl Sağlık Müdürlüğünden Valilik Onayı, Aydın Devlet Hastanelerinde çalışma yapabilmek için Kamu Hastaneler Birliği'nden yazılı izin, çalışmaya katılmayı kabul eden ailelerden sözel ve araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemlerin açıklandığı yazılı onam alınmıştır.

3. BULGULAR

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Hastaların Sosyodemografik Özellikleri		Çalışma Grubu (n:30)			Kontrol Grubu (n:30)			p
		Min./Max.	$\bar{X}$	SS	Min./ Max.	$\bar{X}$	SS	
Yaş		Min. :17 Max. :67	39.0	± 11.8	Min. : 19 Max. : 62	37.4	± 11.9	0,579
Hastalık süresi(yıl)		Min. : 2 Max. : 45	14.8	± 11.6	Min. : 1 Max. : 35	13.9	± 8.7	0,830
Hastaneye yatış sayısı		Min. :0 Max. :5	2.5	± 1.4	Min. : 0 Max. : 8	2.3	± 1.8	0,382
		n		%	n		%	
Cinsiyet	Kadın	11		36.7	13		43.3	0,598
	Erkek	19		63.3	17		56.7	
Medeni durum	Evli	10		33.3	13		43.3	0,426
	Bekar	20		66.7	17		56.7	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	15		50.0	8		26.7	0,063
	Orta öğretim ve lise	9		30.0	18		60.0	
	Üniversite ve üstü	6		20.0	4		13.3	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	29		96.7	27		90.0	0,301
	Çalışıyor	1		3.3	3		10.0	

Araştırmaya katılan çalışma grubundaki hastaların yaş ortalamaları 39.0 ± 11.8 , kontrol grubundakilerin ise 37.4 ± 11.9 dur, aralarında anlamlı bir fark yoktur ($p=0,579$). Çalışma grubundaki hastaların hastalık süresi ortalama 14.8 ± 11.8 yıldır ve ortalama 2.5 ± 1.4 kez hastaneye yatmışlardır. Kontrol grubundaki hastaların ise ortalama 13.9 ± 8.7 yıldır şizofreni tanılarının bulunduğu ve 2.3 ± 1.8 kez hastaneye yattıkları sonucuna ulaşılmıştır. Hastalık süreleri ve hastaneye yatış açısından çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (hastalık süresi $p=0,830$, hastaneye yatış $p=0,382$). Çalışma grubunun %63.3

(n=19) ü, kontrol grubunun ise %56.7 (n=17) sı erkek, çalışma grubunun %66.7 (n=20) si, kontrol grubunun ise %56.7 (n=17) si bekardır. Cinsiyet ve medeni durum çalışma ve kontrol grubunda anlamlı bir fark göstermemektedir (cinsiyet $p=0,598$, medeni durum $p=0,426$). Çalışma grubunun %50.0 (n=15) ının eğitimi ilkokul ve altı, kontrol grubunun ise %60.0 (n:18) ı orta öğretim seviyesindedir. Çalışma ve kontrol grubunun eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,063$). Çalışma grubunun %96.6 (n=29) sı, kontrol grubunun ise %90.0 (n=27) ı çalışmamaktadır. Çalışma durumunda her iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0,301$).

Tablo 2: Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri

Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri		Çalışma Grubu			Kontrol Grubu			p
		Min./Max.	$\bar{X}$	SS	Min./Max.	$\bar{X}$	SS	
Yaş		Min. : 22 Max. : 65	45.6	±11.5	Min. : 25 Max. : 75	51.6	±12.7	0,067
Bakım vericinin hastaya bakım süresi(yıl)		Min. : 4 Max. : 39	13.4	±10.4	Min. : 0 Max. : 36	13.3	±8.9	0,761
Bakım vericinin bir günde hastaya ayırdığı zaman(saatt)		Min. : 0 Max. : 24	6.2	±4.7	Min. : 0 Max. : 12	4.4	±3.5	0,107
Bakım vericinin kendine bir günde ayırdığı zaman(saatt)		Min. : 0 Max. : 3	1.2	±1.03	Min. : 0 Max. : 7	2	±1.7	0,077
		n		%	n		%	
Cinsiyet	Kadın	25		83.3	13		43.3	0,001
	Erkek	5		16.7	17		56.7	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	14		46.7	15		50.0	0,842
	Orta öğretim ve lise	13		43.3	11		36.7	
	Üniversite ve üstü	3		10.0	4		13.3	
Çalışma durumu	Çalışmıyor	23		76.7	15		50.0	0,032
	Çalışıyor	7		23.3	15		50.0	
Gelir Durumu	Gelir giderden az	16		53.3	13		43.3	0,486
	Gelir gidere denk	14		46.7	16		53.3	
	Gelir giderden fazla	0		0	1		3.3	
Hastaya Yakınlık Derecesi	Anne	11		36.7	7		23.3	0,323
	Baba	4		13.3	11		36.7	
	Kardeş	4		13.3	4		13.3	
	Eş	6		20	4		13.3	
	Diğer	5		16.7	4		13.3	

Kronik bir hastalık tanısı	Var	8	26.7	8	26.7	1,000
	Yok	22	73.3	22	73.3	
Bakım vericinin bakım için destek alması	Evet	13	43.3	15	50.0	0,605
	Hayır	17	56.7	15	50.0	
Eğitim sonrası bakım vericinin hastası ile ilişkisi	Eğitime katılmadım	0	0	30	100.0	0,000
	Olumsuz yönde	0	0	0	0	
	Olumlu yönde	20	66.7	0	0	
	Değişiklik olmadı	10	33.3	0	0	

Araştırmaya katılan çalışma grubundaki bakım vericilerin yaş ortalaması 45.6 ± 11.5 , kontrol grubunun ise 51.6 ± 12.7 dir, iki grubun yaşları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0,067$). Bakım vericilerden çalışma grubu ortalama 13.4 ± 10.4 yıldır, kontrol grubu ise 13.3 ± 8.9 yıldır hastasına bakmaktadır. Bakım süreleri her iki grup arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p=0,761$) Çalışma grubunun bir günde hastasına ortalama 6.2 ± 4.7 saat ayırırken kendisine 1.2 ± 1.03 saat ayırdığı, kontrol grubunun ise hastasına ortalama 4.4 ± 3.5 saat, kendisine ise 2 ± 1.7 saat ayırdığı belirlenmiştir. Bakım vericilerin hastasına ve kendisine ayırdığı zaman çalışma ve kontrol grubu arasında farklılık göstermemektedir (hastaya ayrılan zaman $p=0,107$, kendisine ayırdığı zaman $p=0,077$).

Çalışma grubundaki bakım vericilerin %83.3 ($n=25$) ü kadın ve %36.7 ($n=11$) sı hastanın annesiyken, kontrol grubundakilerin 56.7 ($n=17$) sı erkek, %36.7 ($n=11$) sı hastanın babasıdır. Bakım vericileri cinsiyeti çalışma ve kontrol grubunda anlamlı bir fark gösterirken ($p=0,001$), hastaya yakınlık dereceleri anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=0,323$). Çalışma grubunun %46.7 ($n=14$) si kontrol grubunun ise %50.0 ($n=15$) inin eğitimi ilköğretim ve altıdır. Çalışma ve kontrol grubundaki bakım vericilerin eğitim durumları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p=0,842$). Çalışma grubundaki bakım vericilerin %76.7 ($n=23$) sı çalışmıyor ve %53.3 ($n=16$) ünün geliri giderinden azdır. Kontrol grubunda çalışma ve çalışmama oranları

eşit %50.0 (n=15) iken, %53.3 (n=16) ü gelirinin giderine denk olduğunu bildirmiştir. Çalışma ve kontrol grubundaki bakım vericilerin çalışma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuşken (p=0,032), gelir durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,486). Her iki gruptaki bakım vericilerin %73.3 (n=22) ünde herhangi bir kronik hastalık bulunmamaktadır, hastalık görülme durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=1,000). Çalışma grubundaki bakım vericilerin %56.7 (n=17) sı hastalarına bakarken herhangi bir destek almazken kontrol grubunun %50.0 (n=15)ı destek aldıklarını %50.0 (n=15)ı destek almadıklarını söylemişlerdir. Bakım vericilerin hastasına bakarken destek alma durumları çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark göstermemektedir (p=0,605). Çalışma grubundaki bakım vericilerin %66.7 (n=20) sı eğitimden sonra hastalarıyla ilişkilerinde olumlu yönde bir değişiklik olduğunu ifade etmiştir, kontrol grubu eğitime katılmadığı için aralarında anlamlı bir fark vardır (p=0,000).

Tablo 3:Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Bakım Vericilerin Eğitim Öncesi Yük Algısına Etkisi

Hastaların Sosyodemografik Özellikleri			Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı Eğitim Öncesi Puanları				r		p	
			Objektif Yüğü Puanları		Subjektif Yüğü puanları		Objektif Yüğü Puanları	Subjektif Yüğü puanları	Objektif Yüğü puanları	Subjektif Yüğü puanları
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS				
Yaş	38.23	± 11.78	11.18	±4.66	34.28	±15.65	-0,179	-0,151	0,172	0,249
Hastalık Süresi (yıl)	14.41	±10.22	11.18	±4.66	34.28	±15.65	-0,229	-0,161	0,079	0,218
Hastaneye Yatış Sayısı	2.41	±1.64	11.18	±4.66	34.28	±15.65	0,109	0,162	0,408	0,216

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin bakım vericilerin eğitim öncesi algılanan aile yükü ölçeği puanları ile ilişkisi tablo 3’de verilmiştir.

Hastaların yaş ortalamaları 38.23 ± 11.78 ’ dır. Hastaların yaşıyla bakım vericilerinin eğitim öncesi yük algıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (objektif yük için $p= 0,172$, subjektif yük için $p=0, 249$).

Hastaların hastalık süresi ortalama 14.41 ± 10.22 yıldır. Hastaların hastalık süresiyle bakım vericilerin eğitim öncesi yük algıları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (objektif yük için $p= 0,079$, subjektif yük için $p=0, 218$).

Hastaların hastaneye yatış sayılarının ortalaması 2.41 ± 1.64 ’ dir. Hastaneye yatış sayısı ile bakım vericilerin eğitim öncesi yük algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (objektif yük için $p= 0,408$, subjektif yük için $p=0, 216$).

Tablo 4:Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Bakım Vericilerin Eğitim Öncesi Yük Algısına Etkisi

Hastaların Sosyodemografik Özellikleri				Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı Eğitim Öncesi Puanları				t		F		p	
				Objektif Yüğü Puanları		Subjektif Yüğü Puanları		Objektif Yüğü Puanları	Subjektif Yüğü Puanları	Objektif Yüğü Puanları	Subjektif Yüğü Puanları	Objektif Yüğü Puanları	Subjektif Yüğü Puanları
				$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS						
Cinsiyet	Kadın	24	40.0	9.37	±4.69	29.9	±15.96	-2,566	-1,798	0,402	0,585	0,013	0,077
	Erkek	36	60.0	12.3	±4.29	37.1	±14.95						
Medeni Durum	Evli	23	38.3	11.7	±4.49	35.9	±16.68	0,782	0,633	0,036	0,021	0,437	0,529
	Bekar	37	61.7	10.8	±4.78	32.7	±14.85						
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	23	38.3	12.2	±4.63	38.8	±15.08	-	-	1.342	1.806	0,269	0,174
	Ortaöğretim ve lise	27	45.0	10.9	±4.98	32.5	±16.59						
	Üniversite ve üstü	10	16.7	9.4	±3.47	28.7	±12.58						
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	56	93.3	11.26	±4.77	34.64	±16.06	0,522	0,663	1,325	1,861	0,604	0,510
	Çalışıyor	4	6.7	10.0	±2.82	29.25	±7.27						

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin bakım vericilerin eğitim öncesi algılanan aile yükü ölçeği puanları ile ilişkisi tablo 4’de verilmiştir.

Hastaların %60.0 (n=36) ı erkektir. Hastanın cinsiyeti ile bakım vericilerin başlangıç objektif yük algıları arasında anlamlı bir fark bulunmuş, erkek hastaların bakım vericilerinde objektif yük algısının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,013). Subjektif yük arasında da anlamlı bir fark yoktur (p=0,077).

Çalışmaya katılan hastaların %61.7 (n=37) si bekardır. Hastaların medeni durumları ile bakım vericilerin eğitim öncesi yük algıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (objektif yük için p= 0,437, sübjektif yük için p=0, 529).

Hastaların %45.0 (n=27) ı ortaöğretim ve lise seviyesinde eğitim almıştır. Hastaların eğitim durumu ile bakım vericilerinin eğitimden önce yük algıları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (objektif yük için p= 0,269, subjektif yük için p=0, 174).

Çalışma durumlarına bakıldığında hastaların %93.3 (n=59) gibi yüksek bir oranla çalışmadığı görülmüş, bakım vericilerinin eğitimden önce algıladıkları yük arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (objektif yük için p= 0,604, subjektif yük için p=0, 510).

Tablo 5: Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Bakım Vericilerin Eğitim Öncesi Yük Algılarına Etkisi

Bakım vericilerin Sosyodemografik Özellikleri			Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı Eğitim Öncesi Puanları				r		p	
			Objektif Yüğü Puanları		Subjektif Yüğü Puanları		Objektif Yüğü Puanları	Subjektif Yüğü Puanları	Objektif Yüğü Puanları	Subjektif Yüğü Puanları
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS				
Yaş	48.61	± 12.43	11.18	±4.66	34.28	±15.65	-0,108	-0,154	0,410	0,241
Bakım vericinin hastaya bakım süresi(yıl)	13.36	±9.66	11.18	±4.66	34.28	±15.65	-0,155	-0,076	0,237	0,562
Bakım vericinin bir günde hastaya ayırdığı zaman(saat)	5.33	±4.22	11.18	±4.66	34.28	±15.65	0,056	-0,008	0,669	0,951
Bakım vericinin kendine bir günde ayırdığı zaman(saat)	1.60	±1.47	11.18	±4.66	34.28	±15.65	0,070	0,595	0,032	0,807

Araştırmaya katılan bakım vericilerin sosyodemografik özelliklerinin eğitim öncesi algılanan aile yükü ölçeği puanları ile ilişkisi tablo 5 de verilmiştir.

Araştırmaya katılan bakım vericilerin yaş ortalamaları 48.61 ± 12.43 bulunmuştur. Bakım vericilerin başlangıç yük algıları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (objektif yük için $p=0,410$, subjektif yük için $p=0,242$).

Bakım vericilerin hastalarına bakım süresi ortalama 13.36 ± 9.66 yıldır. Bakım vericilerin başlangıç yük algıları ile bakım süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (objektif yük için $p=0,237$, subjektif yük için $p=0,562$).

Bakım vericilerin bir günde hastalarına ayırdıkları zamanın ortalaması 5.33 ± 4.22 saattir. Bakım vericilerin hastalarına ayırdıkları zaman ile başlangıç bakım yük algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (objektif yük için $p=0,669$, subjektif yük için $p=0,951$).

Bakım vericilerin kendilerine ayırdıkları zaman 1.60 ± 1.47 saattir. Bakım vericilerin kendilerine ayırdıkları zaman ile başlangıç objektif yük algıları arasında anlamlı bir ilişki varken ($p=0,032$) , sübjektif yük algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır bakım yükü algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,807$).

Tablo 6: Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Bakım Vericilerin Eğitim Öncesi Yük Algılarına Etkisi

Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri		n	%	Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı Eğitim Öncesi Puanları				t		F		p	
				Objektif Yüğü Puanları		Subjektif Yüğü Puanları		Objektif Yüğü Puanları	Subjektif Yüğü Puanları	Objektif Yüğü Puanları	Subjektif Yüğü Puanları	Objektif Yüğü Puanları	Subjektif Yüğü Puanları
				$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS						
Cinsiyet	Kadın	38	63.3	10.76	4.73	33.44	15.87	-0,916	-0,540	0,407	0,472	0,526	0,495
	Erkek	22	36.7	11.90	4.54	35.72	15.51						
Eğitim Durumu	İlköğretim ve altı	29	48.3	11.62	4.98	36.68	17.30	-	-	0,898	1,351	0,413	0,267
	Ortaöğretim ve lise	24	40.0	11.29	4.49	33.79	14.22						
	Üniversite ve üstü	7	11.7	9.0	3.69	26.0	11.29						
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	38	63.3	10.65	4.56	33.10	14.74	-1.150	-0,764	0,001	0,099	0,973	0,754
	Çalışıyor	22	36.7	12.09	4.78	36.3	17.26						
Gelir durumu	Gelir giderden az	29	48.3	12.51	3.70	38.96	11.91	-	-	4.205	4.108	0,020	0,022
	Gelir gidere denk	30	50.0	10.20	5.02	30.70	17.27						
	Gelir giderden fazla	1	1.7	2	-	6.0	-						

Araştırmaya katılan bakım vericilerin sosyodemografik özelliklerinin eğitim öncesi algılanan aile yükü ölçeği puanları ile ilişkisi tablo 6 de verilmiştir.

Bakım vericilerin %63.3 (n=38) ü kadındır. Bakım vericilerin cinsiyetiyle başlangıç yük algıları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (objektif yük için $p=0,526$, subjektif yük için $p=0,495$).

Eğitim durumlarına bakıldığında bakım vericilerin %48.3 (n=29) oranında ilk öğretim ve altı eğitim aldıkları görülmüş, başlangıç yük algıları ile arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (objektif yük için $p=0,413$, subjektif yük için $p=0,267$).

Araştırmaya katılan bakım vericilerin %63.3 (n=38) ü çalışmamaktadır. Bakım vericilerin çalışma durumu ile başlangıç yük algıları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (objektif yük için $p=0,973$, subjektif yük için $p=0,754$).

Bakım vericilerin %50.0 (n=30) ı gelirlerinin giderlerine denk olduğunu bildirmişlerdir. Gelir durumu ile başlangıç yük algıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Gelirin giderden az olması durumunda bakım yükü puanlarının anlamlı şekilde arttığı sonucuna ulaşılmıştır (objektif yük için $p=0,020$, subjektif yük için $p=0,022$).

Tablo 7: Çalışma ve Kontrol Grubu Bakım Vericilerinin Başlangıç ile Çalışma Grubuna Verilen Eğitimden Sonra Üçüncü Aydaki Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı Puanları

Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı	Çalışma Grubu (n:30)		Kontrol Grubu (n:30)		t	df	F	p	d
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS					
Başlangıç objektif yük puanları	10.9	±5.19	11.4	±4.13	,412	58	2.646	,682	0,106
Başlangıç subjektif yük puanları	34.2	±17.29	34.3	±14.12	,008	58	1.860	,994	0.006
Başlangıç toplam yük puanları	45.20	±22.33	45.73	±17.89	,102	58	2,275	,919	-
Çalışma grubuna verilen eğitimden sonra üçüncü aydaki objektif yük	10.6	±5.57	12.3	±4.26	1.274	58	1.892	,208	0,342
Çalışma grubuna verilen eğitimden sonra üçüncü aydaki subjektif yük	27.9	±15.94	32.2	±12.49	1.154	58	1.968	,253	0.300
Çalışma grubuna verilen eğitimden sonra üçüncü aydaki toplam yük puanları	38.60	±21.36	44,50	±16.47	1,198	58	2,090	,236	-

Tablo 7’de çalışma ve kontrol grubunun başlangıç ve çalışma grubuna verilen eğitimden sonra üçüncü aydaki AAYÖ objektif, sübjektif ve toplam puanları karşılaştırılmıştır.

Eğitimden önce çalışma grubunun objektif yük puanı ortalaması 10.9 ± 5.19 , kontrol grubunun ise 11.4 ± 4.13 bulunmuş, aralarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,682$).

Eğitimden önce çalışma grubunun sübjektif yük puan ortalaması 34.2 ± 17.29 , kontrol grubunun ise 34.3 ± 14.12 olarak belirlenmiş, çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,994$).

Araştırmaya katılan çalışma grubunun eğitimden önce toplam AAYÖ puanı ortalaması 45.20 ± 22.33 , kontrol grubunun ise 45.73 ± 17.89 olup aralarında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,919$).

Çalışma grubuna verilen eğitimden sonra üçüncü aydaki ölçümlerde çalışma grubunun objektif yük puanı ortalaması 10.6 ± 5.57 , kontrol grubunun ise 12.3 ± 4.26 bulunmuş olup, aralarında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p=0,208$).

Çalışma grubuna verilen eğitimden sonra üçüncü aydaki sübjektif yük puanlarının ortalaması 27.9 ± 15.94 olurken, kontrol grubunun ortalaması 32.2 ± 12.49 puan olup, aralarında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p=0,253$).

Çalışma grubuna verilen eğitimden sonra üçüncü aydaki toplam puan çalışma grubunda 38.60 ± 21.36 , kontrol grubunda ise $44,50 \pm 16.47$ bulunmuş, aralarında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p=0,236$).

Tablo 8: Çalışma Grubu Bakım Vericilerinin Başlangıç ve Üç Ay Sonraki Algılanan Aile Yüğü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Çalışma Grubunun Algılanan Aile Yüğü Ölçeği Puanları	$\bar{X}$	SS	t	df	p
Eğitim öncesi objektif yük	10.93	± 5.19	0,543	29	,591
Eğitimden sonra üçüncü aydaki objektif yük	10.66	± 5.57			
Eğitim öncesi subjektif yük	34.2	± 17.2	3,549	29	,001
Eğitimden sonra üçüncü aydaki subjektif yük	27.9	± 15.94			
Eğitim öncesi toplam yük	45.20	± 22.33	2,953	29	,006
Eğitimden sonra üçüncü aydaki toplam yük	38.60	± 21.36			

Çalışma grubunun başlangıç ve üç ay sonraki Algılanan Aile Yüğü Ölçeği objektif, subjektif ve toplam yük puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir.

Eğitim öncesinde ve eğitimden sonra üçüncü aydaki ölçümlerde objektif yük puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,591$).

Subjektif yük puanlarının ortalaması eğitim öncesi 34.2 ± 17.2 , eğitimden sonra üçüncü ayda 27.9 ± 15.94 ’dür. Başlangıç ve eğitimden sonra üçüncü aydaki subjektif yük puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$).

Toplam yük puanlarının ortalaması eğitim öncesi 45.20 ± 22.33 , eğitimden sonra üçüncü ayda 38.60 ± 21.36 ’dır. Eğitim öncesi ve eğitimden sonra üçüncü aydaki toplam yük puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,006$).

Tablo 9: Kontrol Grubu Bakım Vericilerinin Başlangıç ve Üç Ay Sonraki Algılanan Aile Yüğü Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Kontrol Grubunun Algılanan Aile Yüğü Ölçeği Puanları	$\bar{X}$	SS	t	df	p
Başlangıç objektif yük puanı	11.43	± 4.13	-13,739	29	,000
Üç ay sonraki objektif yük puanı	12.30	± 4.26			
Başlangıç subjektif yük puanı	34.30	± 14.12	5,149	29	,000
Üç ay sonraki subjektif yük	32.20	± 12.49			
Başlangıç toplam yük puanı	45.73	± 17.89	3,127	29	,004
Üç ay sonraki toplam yük puanı	44.50	± 16.47			

Kontrol grubunun başlangıç ve üç ay sonraki Algılanan Aile Yüğü Ölçeği objektif, subjektif ve toplam yük puanı ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9’de verilmiştir.

Objektif yük puanı ortalamaları 11.43 ± 4.13 , üç ay sonraki objektif yük puanı ortalamaları 12.30 ± 4.26 olarak bulunmuş, yapılan t testi sonucunda başlangıç ve üç ay sonraki objektif yük puanı ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$).

Başlangıç subjektif yük puanı ortalamaları 34.30 ± 14.12 iken üç ay sonraki subjektif yük puanı ortalamaları 32.20 ± 12.49 olarak azalmış, aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$).

Kontrol grubunun başlangıç toplam yük puanı ortalamaları 45.73 ± 17.89 üç ay sonraki toplam yük puanı ortalamaları ise 44.50 ± 16.47 hesaplanmış, aralarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. ($p=0,004$).

4. TARTIŞMA

Şizofreni tanılı hastaların bakım vericilerine verilen psikoeğitimin yük algılarına olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışma ve kontrol grubunun ayrı ayrı sosyodemografik özellikleri verilmiş fakat bakım vericilerinin başlangıç yük algıları ile hastaların ve bakım vericilerin her iki grubun ortak sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki bakıldığı için literatür bu yönde tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan her iki gruptaki hastaların yaş ortalamaları 38.73 ± 11.78 olarak bulunmuştur (Tablo 3). Hastaların yaşıyla bakım vericilerinin eğitim öncesi yük algıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (objektif yük için $p=0,172$, subjektif yük için $p=0,249$) (Tablo 3). Hastanın yaşı arttıkça bakım verenin yük algısının arttığını gösteren çalışmalar da vardır (Roick ve ark. 2007, Aydın ve ark. 2009).

Her iki gruptaki bakım vericilerin yaş ortalamaları 48.61 ± 12.43 olarak hesaplanmıştır (Tablo 5). Bakım vericilerin yaş ortalamaları ile başlangıç yük algıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (objektif yük için $p=0,726$, subjektif yük için $p=0,177$)(Tablo 5). Ülkemizde Ak ve arkadaşları (2012) kronik psikiyatri hastalığı bulunan ve bakım vericilerinin bakım yükü açısından değerlendirdikleri çalışmalarında bakım vericinin yaşı ile bakım yükü arasında ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir (Ak ve ark. 2012). Benzer şekilde Arslantaş ve Adana ile Aydın ve arkadaşları (2012) da çalışmalarında bakım yükü ile sosyodemografik özellikler arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (Arslantaş ve Adana 2012, Aydın ve ark. 2012). Foldemo ve arkadaşları da 2005 yılında yaptıkları çalışmada bakım veren yaşının yük ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir (Foldemo ve ark. 2005). Bakım verenin yaşı arttıkça yük algısının da arttığını gösteren çalışmalar da vardır (Chou 2000, Chien ve ark. 2005, Caqueo-Úrizar ve Gutiérrez-Maldonado 2006, Urizar ve Maldonado 2006, Tanrıverdi 2008).

Hastaların ortalama hastalık süreleri 14.41 ± 10.22 yıl, hastaneye yatış sayılarının ortalaması 2.41 ± 1.64 ’ dür. Bakım vericilerin yük algılarıyla hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (hastalık süresi için; objektif yük için $p=0,079$, subjektif yük için $p=0,218$, hastaneye yatış sayısı için; objektif yük için $p=0,408$, subjektif yük için $p=0,216$) (Tablo 3). Gülseren ve arkadaşları ise hastalık süresi ve hastanede yatma

sayısı arttıkça bakım vericilerin algıladıkları yükün arttığını belirtmişlerdir (Gülseren ve ark. 2010). Benzer şekilde Aydın ve arkadaşları da hastaneye yatış sayısı ve hastalığın alevlenme sayısı ile bakım yükünün ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Aydın 2009).

Bakım vericilerin hastalarına bakım süresi ortalama 13.36 ± 9.66 yıldır. Bakım vericilerin başlangıç yük algıları ile bakım süreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (objektif yük için $p=0,237$, subjektif yük için $p=0,562$) (Tablo 5). Bakım vericilerin bir günde hastalarına ayırdıkları zamanın ortalaması 5.33 ± 4.22 saat, kendilerine ayırdıkları zaman 1.60 ± 1.47 saattir. Bakım vericilerin hastalarına ayırdıkları zaman ile başlangıç bakım yük algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (objektif yük için $p=0,669$, subjektif yük için $p=0,951$) (Tablo 5). Bakım vericilerin kendilerine ayırdıkları zaman ile başlangıç objektif yük algıları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki varken ($r= 0,070$ $p=0,032$) , subjektif yük algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,807$) (Tablo 5). Hastaya ayrılan zamanın artmasıyla bakım yükünün arttığını gösteren çalışmaların yanı sıra hastaya ayrılan zaman ile bakım yükü arasında ilişkinin olmadığını belirten çalışmalar da vardır.

Her iki grupta da toplamda %60.0 ($n=36$) oranında erkek hasta bulunmaktadır (Tablo 3). Hastalarının erkek olmasının bakım vericilerin objektif yük algılarını arttırdığı, hastanın cinsiyeti ile bakım vericinin başlangıç yük algısı arasında anlamlı bir fark olduğu ($p= 0,013$), subjektif yük algıları ile cinsiyet arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Literatürde de çalışmamızla uyumlu olarak hastanın cinsiyeti erkek ise bakım vericilerin daha fazla yük algıladıkları bildirilmiştir (Roick ve ark. 2007, Awad ve ark. 2008, Gülseren ve ark. 2010, Arslantaş ve Adana 2012, Upkong 2012). Çalışmamızın aksine Aydın ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışmada hastanın cinsiyeti ile yük arasında bir ilişki saptanamamıştır (Aydın ve ark. 2009). Ataerkil bir toplumda olduğumuz ve erkeğin evin direği olarak nitelendirilmesi nedeniyle ondan çalışmasının bekleniyor olması, aileye ekonomik yönden katkı sağlama görevlerini yerine getirememesi, ayrıca erkek çocuğun aile için önemli bir yere sahip olması bakım yükünün daha fazla algılanmasına etki ediyor olabilir.

Bakım vericilerin cinsiyetinin %63.3 ($n=38$) oranında kadın olduğu görülmüştür (Tablo 4). Bakım vericilerin cinsiyeti ile başlangıçtaki yük algıları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (objektif yük için $p= 0,526$, subjektif yük için $p=0,495$) (Tablo 4). Çalışmamızla uyumlu olarak bakım vericinin çoğunlukla kadın olduğu ve bu kadınların hastanın annesi, eşi, kız kardeşi olduğu bildirilmesine karşın, kadınlarda yük algısının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Barusch 1989, Chou 2000, Gutierrez-Maldonado 2005, Awad

ve ark. 2008, Nasr ve Kauser 2009, Gülseren ve ark. 2010, Arslantaş ve Adana 2012, Ukpong 2012). Çalışmamızda bayanların yük algılarının az olmasının nedeninin toplumumuzda kadınların genellikle bakım verme görevini üstlendikleri o yüzden alışık oldukları bu durumu yük olarak algılamadıkları şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmadaki her iki gruptaki hastaların % 61.6 (n=37) sı bekardır ve medeni durumlarıyla bakım vericilerinin yük algıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (objektif yük için $p=0,437$, subjektif yük için $p=0,529$) (Tablo 3). Aydın ve arkadaşlarının (2009) ile Ak ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada hastanın medeni durumunun bakım yüküyle ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılrken, Arslantaş ve Adana'nın (2012) yapmış olduğu çalışmada hastanın boşanmış ya da dul olmasının bakım vericilerin objektif yükünü arttırdığı görülmüştür (Aydın ve ark. 2009, Ak ve ark. 2012, Arslantaş ve Adana 2012).

Toplam hasta sayısının %45.0 (n=27) nın eğitimi ortaöğretim ve lise seviyesindedir (Tablo 3). Hastaların eğitim durumu ile bakım vericilerin başlangıç yük algıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (objektif yük için $p=0,269$, subjektif yük için $p=0,174$) (Tablo 3). Araştırmamızla uyumlu olarak hastaların eğitim durumu ile bakım vericilerin yük algıları arasında bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar vardır (Gutiérrez-Maldonado ve ark. 2007, Aydın ve ark. 2009). Arslantaş ve Adana (2012) ise çalışmalarında hastanın eğitiminin ilköğretim ve altı olması durumunda bakım vericilerin daha fazla objektif yükü etkilediği sonucuna ulaşmışlardır (Arslantaş ve Adana 2012).

Bakım vericilerinin eğitimi %48.3 (n=29) oranında ilköğretim ve altıdır (Tablo 4). Bakım verenlerin eğitiminin başlangıç yük algılarıyla ilişkisinin olmadığı görülmüştür (objektif yük için $p=0,413$, subjektif yük için $p=0,267$; Tablo 4). Arslantaş ve Adana'nın (2012) yaptığı çalışmada da bakım vericilerin eğitimiyle bakım yükü algıları arasında ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Arslantaş ve Adana 2012). Yapılan bazı çalışmalarda ise eğitim seviyesi arttıkça bakım yükünün azaldığı (Czuchta 2001, Gutierrez-Maldonado 2005, Li ve ark. 2007, Aydın ve ark. 2009, Ak ve ark. 2012) sonucuna ulaşılmış olsa da aksini söyleyen çalışma da vardır (Ukpong 2006).

Hastaların her iki grupta da %93.3 (n=56) oranında çalışmadığı, çalışmamalarının bakım vericilerin başlangıç yük algılarıyla anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (objektif yük için $p=0,604$, subjektif yük için $p=0,510$) (Tablo 4). Hastaların kullandığı ilaçların yan etkileri, hastalığın pozitif ve negatif belirtileri, toplumumuzda şizofreni hastalarının çalışamayacağı yönündeki yanlış damgalayıcı tutum bunda rol oynuyor olabilir. Ayrıca hasta

bireye ayrı bir özen gösterilip tüm ihtiyaçlarını karşılama ya da tam tersi beceriksiz olarak nitelendirilip iş yapmaları konusunda hastayı desteklememe gibi ailelerin yanlış tutumlarından çalışmama oranı yüksek olabilir. Bakım vericilerin de kendi tutumlarının sonucunu bu konuda eğitim almadıkları için yük olarak algılamadığı düşünülebilir.

Her iki gruptaki toplam bakım vericilerin gelir durumuna bakıldığında %50.0 (n=30) ının gelirlerinin giderlerine denk olduğu, gelir durumu ile bakım vericilerin başlangıç yük algıları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (objektif yük ve gelir durumu için $p=0,020$, subjektif yük ve gelir durumu için $p=0,022$)(Tablo 6). Çalışmalarda da benzer şekilde sosyoekonomik durumu düşük olan bakım vericilerin yük algılarının fazla olduğu bildirilmektedir (Chien ve Chan 2007, Nasr 2009, Caqueo-Urizar ve ark. 2009, Gülseren ve ark. 2010). Hastaların hastalıklarından dolayı, bakım vericilerin de hastalarına ayırmaları gereken zamanın fazla olması gerektiğini düşündükleri için çalışmıyor olmaları ve şizofreninin maddi yükünün fazla olması gelir durumunu azaltırken bakım vericilerin yük algılarını arttırıyor olabilir.

Araştırmada çalışma grubunun eğitimden önce ve eğitimden üç ay sonraki algılanan aile yükü ölçeği objektif yük puanlarında anlamlı bir fark bulunmazken ($p=0,591$), subjektif yük puanları ve toplam puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (subjektif yük için $p=0,001$, toplam yük için $p=0,006$)(Tablo 6). Bulgular hipotezi desteklemektedir. Berglund ve arkadaşlarının 2003 yılında İsviçre’de 31 bakım vericiyle (14 çalışma -17 kontrol) yaptığı çalışmada psikoeğitim verdikleri grupta bakım yükünün önemli ölçüde azaldığını, hastalığın tekrarlamışının düştüğünü belirtmişleridir (Berglund ve ark. 2003). Chien ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada da destek gruplarına katılan ailelerde hasta ve aile işlevselliği ve aile yükü diğer iki gruba göre daha fazla azalma göstermiştir (Chien ve ark. 2006)

Chien ve arkadaşlarının 2007 yılında 84 aile üyesi ile vaka kontrol çalışması yapılmıştır. 42 kişilik vaka grubuna psikoeğitim verilmiş, 42 kişilik kontrol grubuna ise standart bakım verilmiştir. 12 aylık takip periyodu sonucunda psikoeğitim grubunun ailesel ve bireysel fonksiyonelliklerinde daha iyi oldukları, daha az yük algıladıkları bulunmuştur (Chien ve ark. 2007).

Tanrıverdi’nin “şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım yüklerine etkisi” ni araştırmak amacıyla yapmış olduğu çalışmada (2008), 31 bakım vericinin araştırmaya katıldığı tek grup ile çalışma yapılmış, kontrol grubu kullanılmamıştır.

Araştırmada Zarit bakıcı yük ölçeği kullanılmış, bakım vericilerin eğitim öncesi puan ortalamalarının, eğitim sonrası puan ortalamalarından düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitimin bakım vericilerin algıladığı yükü azalttığı sonucuna varılmıştır (Tanrıverdi 2008).

Pakistan’da 2009 yılında Nasr ve Kausar’ın (2009) yapmış oldukları çalışmada 108 şizofreni hastası ve onların aile üyeleri ele alınmıştır. Her iki grubada psikotropik ilaçlar uygulanmış fakat sadece bir gruba psikoeğitim verilmiştir. Psikoeğitim alan grupta eğitim sonrasında aile yükünde önemli değişim olmuştur. Çalışmacılar Pakistan’da şizofreni hastaları için aile eğitimin önemli olduğu sonucuna varmışlardır (Nasr ve Kausar 2009).

Navidian ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada, araştırmaya 50 şizofreni tanılı hasta, 50 duygu durum bozukluğu tanılı hasta alınmıştır. Her gruptan 25 bakım vericiye psikoeğitim verilmiştir. Eğitimden önce, eğitimden sonra ve eğitimden 3 ay sonra zarit bakıcı yük ölçeği uygulanmış, her iki grup içinde psikoeğitimin yük üzerinde azaltıcı bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Navidian ve ark. 2012).

Sharif ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada 35’şer kişiden oluşan çalışma ve kontrol grubu rastgele belirlenmiştir. Çalışma grubuna haftada doksan dakikalık iki seans olmak üzere toplamda beş haftalık on seans psikoeğitim hemşire veya psikiyatrist tarafından verilmiş, aynı zamanda bakım vericilerin hastaları ilaç tedavisine devam etmiştir. Çalışma grubuna eğitimden önce, eğitimden sonra ve eğitimden bir ay sonra aile yükü anketi uygulanmıştır. Sonuç olarak eğitimin yükü azalttığı bulgusuna ulaşılmış, psikoeğitimin gerekliliğine vurgu yapılmıştır (Sharif ve ark. 2012).

Çalışmada kontrol grubunun objektif yük puanında başlangıç ve üç ay sonra yapılan ölçümlerde anlamlı bir artış vardır ($p=0,000$) (Tablo 7). Objektif yük kriterleri hastada var olan pozitif ve negatif belirtileri göstermektedir. Çalışmalarda hasta yakınlarının bilgi gereksinimlerinin de en çok hastalık, ilaç ve yan etkileri konusunda olduğu sonucuna varılmıştır (Chien ve ark. 2001, Yurtsever ve ark. 2001, Gülseren 2002, Chien ve Norman 2003, Sağduyu ve ark. 2003, Gümüş 2006, Yıldız ve ark. 2010). Kontrol grubunun objektif yük puanlarındaki artışın hastalık belirtileri, ilaçlar ve yan etkileri konusunda eğitim almadıklarından kaynaklandığı şeklinde yorumlanmıştır.

Çalışmada kontrol grubunun subjektif yük puanında başlangıç ve üç ay sonra yapılan ölçümlerde anlamlı bir fark bulunmuştur (subjektif yük için $p= 0,000$, toplam yük için $p=0,004$) (Tablo 7). 2006 yılında Magliano ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada

psikoeğitimin bireysel sosyal fonksiyonların yanında sosyal destek algıları ve yüke olan etkisi araştırılmıştır. 34 ruh sağlığı profesyoneli İtalya'daki 17 kamu ruh sağlığı merkezinden 71 şizofreni ailesi seçilmiştir. Randomize seçilen 42 aile müdahale grubu olarak alınmış, 29 aile ise 6 aylık bir bekleme listesine alınmış. Çalışmamıza benzer olarak her iki grupta da aile yükünde önemli bir azalma olmuştur (Magliano ve ark. 2006). Bunun nedeni hastaların objektif yük puanları arttığı için aileler hastanın atağının başlayacağı düşüncesinden dolayı ona karşı daha anlayışlı davranmaları olabilir. Ayrıca çalışmada oluyor olmak ve bir sağlık çalışanı tarafından değer veriliyor olmanın bile hasta yakınları açısından önemli olması ya da bakım vericilerin sağlık çalışanına kendilerini mükemmel ve eğitime ihtiyaçları olmadığını göstermeye çalıştıkları şeklinde yorumlanabilir. Nitekim bu grup çalışmada psikoeğitim almayı reddeden ailelerden oluşmaktadır. Ayrıca uzun süre hasta ile vakit geçiren bakım vericilerin bu belirtilere karşı duyarsızlaştıkları ve yük olarak algılamadıkları da düşünülebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni tanılı hastaların bakım vericilerine verilen eğitimin yük algılarına olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın genel sonuçları şunlardır:

- Çalışmaya katılan çalışma ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 1). Çalışma ve kontrol grubundaki bakım vericilerin ise cinsiyet ve çalışma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 2).
- Eğitimden önce çalışma grubunun objektif yük puanı ortalaması 10.9 ± 5.19 , kontrol grubunun ise 11.4 ± 4.13 bulunmuş, aralarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,682$). Eğitimden önce çalışma grubunun subjektif yük puan ortalaması 34.2 ± 17.29 , kontrol grubunun ise 34.3 ± 14.12 olarak belirlenmiş, çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,994$). Araştırmaya katılan çalışma grubunun eğitimden önce toplam AAYÖ puanı ortalaması 45.20 ± 22.33 , kontrol grubunun ise 45.73 ± 17.89 olup aralarında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,919$) (Tablo 7).
- Hastaların yaş ortalamaları 38.23 ± 11.78 ’ dir. Hastaların yaşıyla bakım vericilerinin eğitim öncesi yük algıları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (objektif yük için $p=0,172$, subjektif yük için $p=0,249$) (Tablo 3).
- Hastaların hastalık süresi ortalama 14.41 ± 10.22 yıldır. Hastaların hastalık süresiyle bakım vericilerin eğitim öncesi yük algıları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (objektif yük için $p=0,079$, subjektif yük için $p=0,218$) (Tablo 3).
- Hastaların hastaneye yatış sayılarının ortalaması 2.41 ± 1.64 ’ dir. Hastaneye yatış sayısı ile bakım vericilerin eğitim öncesi yük algıları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (objektif yük için $p=0,408$, subjektif yük için $p=0,216$) (Tablo 3).
- Çalışma grubundaki hastaların %93.3 ($n=19$) ü, kontrol grubundakilerin ise %56.7 ($n=17$) si, toplamda %60.0 ($n=36$) ı erkektir. Hastanın cinsiyeti ile bakım vericilerin başlangıç objektif yük algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, erkek hastaların bakım vericilerinde objektif yük algısının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,013$). Subjektif yük arasında da anlamlı bir farka yakın sonuç çıkmıştır ($p=0,077$) (Tablo 4).
- Çalışma grubundaki hastaların %66.7 ($n=20$) si, kontrol grubundakilerin ise %56.7 ($n=17$) si bekarıdır. Her iki gruptaki hastaların %61.7 ($n=37$) sinin bekar olduğu, hastanın medeni durumu ile bakım vericilerin başlangıç yük algılarında anlamlı bir

fark bulunmadığı görülmüştür (objektif yük için $p=0,437$, sübjektif yük için $p=0,529$) (Tablo 4).

- Çalışma grubundaki hastaların %50.0 ($n=15$) ının eğitimi ilkokul ve altı, kontrol grubundakilerin ise %60.0 ($n=18$) ı orta öğretim seviyesindedir. Hastalar %45.0 ($n=27$) oranında ortaöğretim seviyesinde eğitim almış, bakım vericilerin başlangıç yük algıları ile hastaların eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (objektif yük için $p=0,269$, sübjektif yük için $p=0,174$) (Tablo 4).
- Çalışma grubundaki hastaların %96.7 ($n=29$) sı, kontrol grubundakilerin ise %90.0 ($n=27$) ı çalışmamaktadır. Her iki gruptaki hastaların %93.3 ($n=56$) oranında çalışmadıkları bu durumun bakım vericilerin başlangıç yük algısıyla ilişkisinin bulunmadığı görülmüştür (objektif yük için $p=0,604$, sübjektif yük için $p=0,510$) (Tablo 4).
- Araştırmaya katılan bakım vericilerin yaş ortalamaları 48.61 ± 12.43 bulunmuştur. Bakım vericilerin başlangıç yük algıları ile yaşları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (objektif yük için $p=0,410$, sübjektif yük için $p=0,242$) (Tablo 5).
- Bakım vericilerin hastalarına bakım süresi ortalama 13.36 ± 9.66 yıldır. Bakım vericilerin başlangıç yük algıları ile bakım süreleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur (objektif yük için $p=0,237$, sübjektif yük için $p=0,562$) (Tablo 5).
- Bakım vericilerin bir günde hastalarına ayırdıkları zamanın ortalaması 5.33 ± 4.22 saattir. Bakım vericilerin hastalarına ayırdıkları zaman ile başlangıç bakım yük algıları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (objektif yük için $p=0,669$, sübjektif yük için $p=0,951$) (Tablo 5).
- Bakım vericilerin kendilerine ayırdıkları zaman 1.60 ± 1.47 saattir. Bakım vericilerin kendilerine ayırdıkları zaman ile başlangıç objektif yük algıları arasında anlamlı bir ilişki varken ($p=0,032$), sübjektif yük algıları arasında anlamlı bir ilişki yokken bakım yükü algıları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,807$) (Tablo 5).
- Çalışma grubundaki bakım vericilerin %83.3 ($n=25$) ü kadın ve %36.7 ($n=11$) sı hastanın annesiyken, kontrol grubundakilerin 56.7 ($n=17$) sı erkek, %36.7 ($n=11$) sı hastanın babasıdır. Her iki grubun bakım vericileri %63.3 ($n=38$) oranında kadındır ve başlangıç yük algıları ile bakım vericilerin cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 6).
- Çalışma grubunun %46.7 ($n=14$) si kontrol grubunun ise %50.0 ($n=15$) ının eğitimi ilköğretim ve altıdır. Bakım vericilerin toplamının eğitim durumu %48.3 ($n=29$)

oranında ilköğretim ve altıdır. Bakım vericilerin eğitim durumu ile yük algıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(Tablo 6).

- Çalışma grubundaki bakım vericilerin %76.7 (n=23) sı çalışmamaktadır. Kontrol grubunun ise çalışma ve çalışmama oranı %50.0 (n=15) dir. Her iki gruba bakıldığında %63.3 (n=38) oranında çalışmadıkları, çalışma durumunun başlangıç yük algıları ile fark olmadığı bulunmuştur(Tablo 6).
- Çalışma grubundaki bakım vericilerin %53.3 (n=16) ünün geliri giderinden az, kontrol grubunun ise %53.3 (n=16) ü geliri giderine denktir. Bakım vericilerin genelinin % 50.0 (n=30) oranında gelir durumlarının giderlerine denk olduğu, gelir durumu ile bakım vericilerin başlangıç yük algıları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gelir durumu azaldıkça yük algısının arttığı sonucuna ulaşılmıştır (objektif yük için $p=0,020$, sübjektif yük için $p=0,022$) (Tablo 6).
- Çalışma grubundaki bakım vericilerin % 66.7 (n=20) sı eğitimden sonra hastalarıyla ilişkilerinde olumlu yönde değişiklik oluşunu ifade etmiştir (Tablo 6).
- Çalışma grubunda eğitimden önce ve eğitimden üç ay sonraki objektif yük puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=,591$). Sübjektif yük puanları (eğitim öncesi: 34.2 ± 17.2 , eğitimden üç ay sonra: 27.9 ± 15.94) arasında ise anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$). Aynı şekilde eğitimden önce ($\bar{X}=45.20\pm22.33$), ve eğitimden üç ay sonraki ($\bar{X}=38.60\pm21.36$) toplam algılanan aile yükü ölçeği puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,006$) (Tablo 8).
- Kontrol grubunun başlangıç objektif yük(11.43 ± 4.13) ile üç ay sonraki objektif yük (12.30 ± 4.26) puanları arasında negatif yönde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,000$). Başlangıç sübjektif yük (34.30 ± 14.12) puanları ile üç ay sonraki sübjektif yük (32.20 ± 12.49) puanı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=,000$). Kontrol grubunun başlangıç toplam yük puanı ($\bar{X}=45.73\pm17.89$) ile üç ay sonraki toplam yük puanı ($\bar{X}=44.50\pm16.47$) arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=,004$) (Tablo 9).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Klinikteki rutin uygulamalar arasına bakım vericilere psikoeğitimin de eklenmesi ve ölçeklerle etkililiğinin kontrol edilmesi,
- Taburcu olmuş ve ayaktan tedavi gören hasta ve ailelerine psikoeğitim programlarının düzenlenmesi,
- Daha büyük örneklem grubunda, daha kapsamlı psikoeğitim ve yükün etkisinin incelendiği çalışmaların yapılması,
- Bakım vericilerin eğitime katılmama nedenlerinin araştırıldığı çalışmaların yapılması önerilir.

ÖZET

ÇABUK M. PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ AİLELERİNİN YÜK ALGILARINA OLAN ETKİSİ

Araştırmamız psikoeğitimin, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algılarına olan etkisini belirlemek amacıyla planlanmış, “öntest-sontest kontrol gruplu desen” etkili bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde Eylül 2011- Ekim 2013 tarihleri arasında DSM-IV’e göre şizofreni tanısıyla poliklinikte takip edilmekte olan hastalar ve araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan bakım vericileriyle yürütülmüştür. Toplamda 30 çalışma ve 30 kontrol grubuna ulaşılmıştır. Araştırmaya alınana hastalar ve bakım vericilere soru formu, bakım vericilere Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı başlangıçta ve üç ay sonra uygulanmıştır.

Çalışmada ayrıca hastaların ve bakım vericilerin demografik özellikleri ile bakım vericilerin yük algıları arasındaki ilişkiye bakılmış, gelir durumu ve hastaların cinsiyetlerinin bakım yükünü etkilediğı, gelir azaldıkça bakım yükünün arttığı, hastaları erkek olan bakım vericilerinde daha fazla yük algıladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışma grubunda psikoeğitimden sonra bakım vericilerin objektif yük puanında değişiklik olmamış, subjektif yük ve toplam yük puanlarında anlamlı bir azalma olmuştur. Psikoeğitimin bakım vericilerin yük algısını azaltmada etkili olduğı sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol grubunda objektif yük puanında anlamlı bir artış olurken, subjektif yük ve toplam yük puanlarında anlamlı bir azalma olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, bakım verici, yük, psikoeğitim.

SUMMARY

ÇABUK M. THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION TO THE PERCEPTION BURDEN ON FAMILIES SCHIZOPHRENIA

In this research, the effect of psychoeducation given to the caregivers of schizophrenia patients on caregivers' perception of burden has been examined. In the research, trial model with pre-test & post-test control group was used.

The research was carried out at Adnan Menderes University Research and Application Hospital between September 2011 and October 2013. According to DSM-IV patients with the diagnosis of schizophrenia who followed at polyclinic has been chosen. It was achieved 30 study group and 30 control group. In the research question form was applied to patients and caregivers; Perceived Family Burden Scale was applied to caregivers before training and three months after training.

Besides, in the study relationship between patients and caregivers' demographic characteristics and caregivers' perception of burden has been examined. It was seen that income status and patient's gender affected perception of burden. It is concluded that when income decreases and patient's gender male care burden increases.

In the study group at the end of the psychoeducation, caregivers' objective burden points hasn't been changed, a meaningful decrease has been obtained in subjective burden and total burden points. As the findings obtained from the research were examined, it was seen that psychoeducation contributed to the decrease of caregivers' perception of burden. In the control group a meaningful increase has been obtained in caregivers' objective burden points, a meaningful decrease has been obtained in subjective burden and total burden points.

Keywords: Schizophrenia, caregiver, burden, psychoeducation.

KAYNAKLAR

- Ak M, Yavuz K.F, Lapsekili N, Türkçapar M.K. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2012;25:330-337
- Akbulut Ş. Şizofren hasta yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları ve hastanın bakımında yaşadıkları zorluklar, Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa, 2009
- Alataş G, Kurt E, Alataş E.T, Bilgiç V, Karatepe H.T. Duygudurum bozukluklarında psikoeğitim. *Düşünen Adam*, 2007; 20(4):196-205
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amuk T, Varma G, Kalkan Oğuzhanoglu N, Ateşci F. Şizofrenide cinsiyet ve başlangıç yaşının sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004; 5:101-106
- Arslantaş H, Adana F, Dereboy İF, Altınyazar V, İnal S, Ildırlı S ve ark. Algılanan Aile Yük Ölçeği'nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011; doi: 10.4274/npa.y5617.
- Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2011; 3(2):251-277
- Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009;10(2):3-10
- Arslantaş H, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2012; 13:8-15
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011;3(3):513-552
- Awad AG, Voruganti LNP. The burden schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomics*, 2008; 26:149-162
- Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2009; 46 Özel Sayı: 10-4

- Barusch AS, Spaid WM. Gender differences in caregiving: Why do wives report greater burden? *Gerontologist*, 1989; 29:667-676
- Baskak B, Atbaşoğlu C, Saka MC. Şizofreni etiyolojisinde psiko-sosyal etmenlerin rolü: antipsikiyatriden gen çevre etkileşimine. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2009; 46 özel sayı:1-9
- Belli H, Özçetin A, Ertem Ü, Alpay E, Bahçebaşı T, Kıran Ü.K, Baykız A.F, Bayık Y. Şizofreni hastalarında bazı sosyodemografik özellikler ve tedavi ile ilişkili etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2007; 8:102-112
- Berglund N, Vahlne JO, Edman A. Family intervention in schizophrenia: Impact on family burden and attitude. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2003; 38: 116–121.
- Berksun OE. Şizofrenide aile faktörü: expressed emotion ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 1992.
- Binbay T, Ulaş H, Alptekin K, Elbi H. Batı avrupa ülkelerinde yaşayan türkiye kökenli göçmenlerde psikotik bozukluklar: sıklık, yaygınlık ve başvuru oranları üzerine bir derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012;23(1):53-62
- Binbay T, Ulaş H, Alptekin K. Şizofreni epidemiyolojisine türkiye'den katkı yapmak: nasıl ve neden?. *Klinik Psikiyatri*, 2010;13(Ek 1):9-15
- Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011;22(1):40-52
- Breitborde N.JK, Moreno F.A, Mai-Dixon N, Peterson R, Durst L, Bernstein B, Byreddy S, McFarlane W.R. Multifamily Group Psychoeducation and Cognitive Remediation for First-Episode Psychosis: A Randomized Controlled Trial. *BMC Psychiatry*, 2011; 11:9
- Candansayar S. Neden, nasıl şizofreni. Ankara: Şen Matbaa;2005
- Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*, 2006; 15:719-724.
- Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Moldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life Outcomes*, 2009; 7:84
- Cheng LY, Chan S Psychoeducation program for chinese family carers of members with schizophrenia. *West J Nurs Res*, 2005;27(5):583-599

- Chien W-T, Norman I. Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *J Adv Nurs*, 2003; 44:490-498.
- Chien W.T. Phill M. Wong K. A Family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 2007; 58(7)
- Chien WT, Chan WCS, Thompson DR. Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 2006; 189: 41-49
- Chien WT, Chan SW, Morrissey J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *J Clin Nurs*, 2007;16:1151-1161
- Chien W-T, Kam C-W, Lee IF-K. An assessment of the patients' needs in mental health education. *J Adv Nurs*, 2001; 34:304-311
- Chien WT, Chan S, Morrissey J, Thompson D. Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 51(6): 595-608
- Chou KR. Caregiverburden: A conceptanalysis. *J Pediatr Nurs*, 2000; 15:398-407
- Czuchta D, McCay E. Help-Seeking for Parents of Individuals experiencing a First Episode of Schizophrenia. *Arch Psychiat Nurs*, 2001; 15:159-70.
- Deveci A, Esen Danacı A. Şizofrenide erken uyarıcı belirtiler. *Düşünen Adam*, 2006;19(1):20-23
- Dixon L, Lehman AF. Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1995;21(4): 631-643
- Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez FD. Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002; 3:133-139.
- Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002; 3:240-248
- Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez FD. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: ayaktan hastalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2002; 3:69-74
- Duman ÇZ, Aşti N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine 'bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı' uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007;8(2):91-101
- Duman ÇZ, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013;5(1):78-94

- Dölgerler Œ. Œizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2004.
- Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med*, 1999; 61:411-419
- Enginkaya S, akut psikiyatri servisinde yatırılarak tedavi görmekte olan hastaların ailelerine yönelik psikoeğitim, 3. Ulusal psikiyatri hemşireliği kongresi, 2009
- Eranti S. V, MacCabe J. H, Bundy H, Murray R. M. Gender difference in age at onset of schizophrenia:a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 2013;43:155–167
- Eren K. Œizofreni ve Cinsiyet Farklılıkları. SAğLIK BAKANLIğI Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul, 2006
- Erol A. Œizofrenide klinik özellikler. *Türkiye Klinikleri J IntMedSci*, 2005; 1(12):35-45
- Ertuğrul A. Œizofreni etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J IntMedSci*, 2005;1(12):6-14
- Foldemo A, Gullberg M, Ek AC, Bogren L. Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005; 40:133-138
- Gezgın H, Çam O, Karademir M. Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı bireylere verilen psikoeğitimin tedavideki etkinliğinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 2010;13:65-76
- Goldner EM, Hsu L, Waraich P, Somers JM. Prevalence and incidence studies of schizophrenic disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*, 2002;47(9):833-43
- Gökalp P, Ceylan E, Tezcan DT. Aileler için Œizofreni el kitabı. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Araştırma Ve İleri Eğitim Merkezi Yayınları;1993
- Güçray S.S, Çekici F, Çolakkadıoğlu O. Psiko-eğitim gruplarının yapılandırılması ve genel ilkeleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakóltesi Dergisi*, 2009;5(1):134-153
- Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temek Kitabı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997
- Gülseren L. Œizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002;13(2):143-151
- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı A.E, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren Œ, Mete L. Œizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010;21(3):203-12

- Gümüş A.B. Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler,psikoeğitim ve hemşirelik. HemşirelikteAraştırmaGeliştirme Dergisi, 2006;1(2):23-34
- Guarnaccia P, Parra P. Ethnicity, social status and families experiences of caring for mentally ill family member. Community Mental Health J, 1996; 32:243-60.
- Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of careand general health in families of patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2005; 40: 899-904
- Güz H. Şizofreni ve cinsiyet: başlangıç yaşı ve ve sosyodemografik özellikler. Klinik Psikiyatri, 2000;3:27-33
- Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H, Urata M, Ohta Y. Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. Psychiatry Clin Neurosci, 2008;62:256-263.
- Işık E, Taner E, Işık U. Güncel Klinik Psikiyatri, 1. Baskı. İstanbul, Golden Print Matbaası, 2008
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg, G, Anker M. Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten-country study. Psychological Medicine, 1992; :1-97
- Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. Shizophrenia Bulletin, 2004; 30(3)
- Karamustafalıoğlu N, Atalay H, Atalay F, Alpay N. Şizofrenide sosyodemografik ve klinik özellikler açısından cinsiyet farklılıkları. Düşünen Adam, 2000;13(1):4-11
- Kirkbride J.B, Errazuriz A, Croudace T. J, Morgan C, Jackson D, Boydell J, Murray R.M, Jones P.B. incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. Plos ONE, 2012;7(3)
- Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve ark (1999) Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 14: 23-32
- Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV. The perceived family burden scale: measurement and validation. Schizophr Res, 1996; 15:151-157
- Li J, Lambert CE, Lambert VA. Predictors of family care-givers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. Nurs Health Sci, 2007; 9:192-198

- Lukens E.P, McFarlane W.R. Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2004;4(3):205-225
- McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*, 2004;2:13
- Magliano L, Marasco C, Fiorillo A et al. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 2002; 106:291-98
- Magliano L, Fadden G, Madianos M et al. Burden of the families of patients with schizophrenia: result of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1998; 33:405-12
- Magliano l, fiorillo a, malangone c, rosa cd, maj m. patient functioning and family burden in a controlled, real word trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric sevice*s, 2006;57(12)
- Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Ann Gen Psychiatry*, 2009; 8:1-6.
- Navidian A, Kermansaravi F, Rigi SN. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. Navidian et al. *BMC Research Notes*, 2012;5:399
- Öksüz E. Şizofreninin erken döneminde hasta ailelerine uygulanan grup eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2010
- Özalmete ÖA, Özalmete EO, Ceylan ME, Sevim ME. Şizofreni tedavisinde çoklu ilaç kullanımının nedenleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2009;19(1):68-74
- Özdemir B, Algül A, Çelik C, Ateş MA. Şizofreni tedavisinde antipsikotikler ve farmakoekonomi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry*, 2010;3(2):62-66
- Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46(Özel Sayı):38-42
- Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı. Ankara, Tuna Matbaacılık, 2008.
- Perala J, Suvisaari J, Saarni SI. Life time prevalence of psychotic and bipolar 1 disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*, 2007;64(1): 19-28

- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel R, R. The Effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 2001; 27:73–92
- Provencher HL, Mueser KT. Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr Res*, 1997; 26:71-80.
- Raj L, Parmanand K, Ajit A. Social burden of positive and negative schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*, 1991;37:242-50.
- Ran MS, Xiang MZ, Cecilia LWC, Leff J, Simpson P, Huang MS, Shan YH, Li SG. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia: A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2003;38: 69-75
- Reine G, Lancon C, Simeoni MC, Duplan S, Auquier P. Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: An overview of measure instruments. *Encephale*, 2003; 29:137-147
- Roick C, Heider D, Bebbington Pe, AngermayerMc, AzorinJm, BrughaTs, Kilian R, Jhnson S, Toumi M, Kornfeld A. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *British Journal of Psychiatry*, 2007;190:333-338
- Rose LE, Mallinson RK, Gerson LD. Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. *ArchPsychiatrNurs*, 2006; 20:41-51
- Rummel- Kluge C, Kissling W. Şizofrenidepsikoeğitim: bu alandaki yeni gelişme ve yaklaşımlar. *CurrentOpinion in Psychiatry Türkçe Baskı*, 2008;4(3):119-124
- Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bauml J et al. Psychoeducation in schizophrenia- Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 2006;32(4):765-777
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D. Şizofrenisi Olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003; 14(3):203-212
- Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2005;2(5):413-433
- Sales E. Family burden and quality of life. *Qual Life Res* 2003; 12(Suppl 1):33-41.
- Schene AH. Objective and subjective dimensions of family burden. *SocPsychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1990; 25:289-297

- Schene AH, van Wijngaarden B, Koeter MWJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull*, 1998; 24:609-618.
- Şengün F, Altıok HÖ, Üstün B. Kanıta dayalı bir uygulama: psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2011;27(3): 66-74
- Sevinçok L. Şizofreni etiyolojisinde psikososyal nedenler. *Şizofreni Dizisi*, 2000;1:5-10
- Sharif F, Shaygan M, Mani A. effect of psych-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*, 2012;12:48
- Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni Ve Diğer Psikotik Bozukluklar, 1. Baskı, Ankara, Tuna Matbaası, 2007
- Soygür H. Şizofreni tedavisine genel bir bakış. *Psikiyatri Dünyası*, 1999;3:83-90
- Soykan C. Institutional differences and case typicality as related to diagnosis system severity, prognosis and treatment. Master Tezi, Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, 1989.
- Sunanda GT, Ramesh C, Victoria EL. Effectiveness of psycho-education on caregivers burden among caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Nursing Care*, 2013;1(2):129-133
- Swaminath G. Psychoeducation. *Indian J Psychiatry*, 2009;51(3): 171-172.
- Szmukler G. From family 'burden' to caregiving. *Psychiatr Bull* 1996; 20: 449-451
- Tanrıverdi D. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Psikoeğitimin Bakım Yüklerine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2008
- Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000;1(3):133-142
- Thomas J. K, Suresh Kumar P.N., Verma A.N., Sinha V.K., Andrade C. Psychosocial Dysfunction and family burden in schizophrenia and obsessive compulsive disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 2004, 46(3)238-243
- Üçok A. Psikozun öncü belirtileri: şizofreniyi önlemek mümkün olabilir mi?. *Klinik Gelişim*, 2009;22(4): 22-25
- Ulaş H, Taşlıca S, Alptekin K. Şizofrenide nörofizyolojik ve nörokognitif genetik belirleyicilerin (endofenotip) yeri. *Klinik Psikiyatri*, 2008;11(ek 4): 12-19

- Ukpong DI. Demographic factors and clinical correlates of burden and distress in relatives of service users experiencing schizophrenia: a study from south-western Nigeria. *Int J Ment Health Nurs*, 2006; 15:54-59.
- Ukpong D. Şizofreni hastalarına bakım veren nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: pozitif ve negatif semptomların rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012;23(1):40-5
- Urizar AC, Maldonado JG. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 2006; 15: 719–724
- Urizar AC, Maldonado G.J, Garcia M.F, Salazar C.P, Araya D.R, Peralta A.C. Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. *BMC Family Practice*, 2011;12:101
- Wolthaus JE, Dingemans PM, Schene AH et al. Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: the influence of symptoms and personality traits. *J Nerv Ment Dis*, 2002; 190:241-7
- Wong DFK. Stress factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in Hong Kong: implications for culturally sensitive practices. *Br J Soc Work*, 2000; 30:365-82.
- Yağcıoğlu AEA. Şizofreni tedavisi ve antipsikotik ilaçlar. *Türkiye Klinikleri J IntMedSci*, 2005;1(12):49-57
- Yazıcı A. Şizofrenik hastalarda ruhsal eğitim grupları. İstanbul: Kutu Grafik; 2001
- Yıldırım A. Psikoeğitimsel Yaklaşımın ve İzleme Çalışmasının Şizofreni Tanılı Hasta Ailelerinin Aile İşlevleri Ve Hastaların Sosyal Destek Düzeylerine Etkisi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2007
- Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2010; 11:195-205
- Yıldız m. Psikososyal beceri eğitimi. İstanbul: Kutu Grafik; 2001
- Yıldız M. Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir? neden nasıl şizofreni?, 1. Baskı. (Ed S Candansayar): 237–268. Ankara, Peday Yayınları, 2005.
- Yıldız M. Şizofreni hastaları için ruhsal toplumsal beceri eğitimi. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği Yayınları; 2011

- Yıldız M, Veznedaroğlu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. *Int J Psych Clin Pract*, 2004;8:219-225
- Yıldız M, Yazıcı A, Çetinkaya Ö, Bilici R, Elçim R. Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi ve görüşleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010; 21(2):105-113
- Yurtsever EÜ, Kutlar T, Tarlacı N, Kamberyan K, Yaman M. Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: psikoeğitimsel bir model. *Düşünen Adam*, 2001;14(1): 33-40
- Zeren T, Tama L, Evlice YE. Elektro konvulsif terapi (EKT): bir genel değerlendirme. *ARŞİV* 2003; 12: 340-378



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/050.04-129
Konu : Çalışmanız hk.

2.5.2012

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Hülya ARSLANTAŞ
ADÜ ASYO
Hemşirelik Bölümü
Ruh Sağ. ve Hast. Hemş. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 17.05.2012 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 2 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. M. Selim ÖZKÖK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

KARAR 2

Protokol No : 2012/58
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Hülya ARSLANTAŞ
ADÜ ASYO
Hemşirelik Bölümü
Ruh Sağ. ve Hast. Hemş. AD

ADÜ Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü/ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Hülya ARSLANTAŞ'ın "Psikoeğitimin şizofreni ailelerinin yük algılarına olan etkisi" başlıklı klinik araştırmasının 03.05.2012 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 11.05.2012 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta, yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>
e-posta: goetik@adu.edu.tr



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



SAYI : B.30.2.ADÜ.0.1H.00.00/605.01-6230
KONU : Araştırma İzni

AYDIN
11.10.2011

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İLGİ: 03.10.2011 tarih ve 605.01-5811 sayılı yazınız.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Müge ÇABUK'un "2011-2012 Güz ve Bahar Yarıyılarında Psikoğütimin Şizofreni Ailelerinin Yük Algılarına Olan Etkisi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapması Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığınca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr.İrfan YAVASOĞLU
Başhekim V.

Tarih	12.10.11
Dosya No	605.01
Kayıt No	13723
İzlenim ve Değerlendirme	Sağlık Bil. Enstitüsü Doç.Dr. İrfan Yavaşoğlu

Tarih	19.10.2011
Sayı	1038
Dosya No	605.01

Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Adres : Merkez Kampus Girişi Aytepe Mevkii / AYDIN 09010
Tel: 0 (256) 214 77 51
Web: <http://www.idari.adu.edu.tr/hastane/>

Faks : 0 (256) 213 60 64
E-mail: hastane@adu.edu.tr

T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI: B.10.4.ISM 4.09.00.SPK.-605-01/111
KONU: Tez Çalışması

14.10.2011* 29017

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

AYDIN

İLGİ: 03.10.2011 tarih ve 5811 sayılı yazınıza.

İlgi yazınızda, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Müge ÇABUK'un, 2011-2012 Güz ve Bahar yarıyılarında, Atatürk Devlet Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde, **"Psikoeğitimin Şizofreni Ailelerinin Yük Algılarına Olan Etkisi"** konulu tez çalışması yapmayı planlandığı belirtilmektedir.

Söz konusu çalışmanın kendi elemanlarınızca ve hizmeti aksatmayacak şekilde, yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, ilgili Valilik onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Araştırma bitiminde, sonuç değerlendirme raporlarının basılı materyal ve CD olarak Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme, Planlama ve Koordinasyon Birimine gönderilmesi konusunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Tarih	14.10.2011
Derece	605.01
Kayıt No	13943
Havale Edildiği Birim	Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Dr. Hüsnü TIRPANCI

Vali a.
Sağlık Müdürü

Eki: 1 Adet Valilik Onayı

Gelen Evrak	
Tarih	18.10.2011
Sayı	1035
Dosya No	300

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü-Strateji Geliştirme, Planlama ve Koordinasyon Birimi

İlgi Tem: 11 SOLAK

Tel: 0(256) 2135000-192-278 Faks: 0(256) 2151611 snkhirimi@hotmail.com



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

8

Şube : B.10.1.TKH.5.09.0.01.0.73-

24.12.2012 * 1360

Konu : Araştırma izni

Müge ÇABUK
Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi
AYDIN

2012-2013 Eğitim-öğretim Yılı Güz ve bahar yarıyılında, Aydın Devlet Hastanesi Psikiyatri polikliniğinde “**Psikoeğitimin Şizofreni Ailelerinin Yük Algılarına Olan Etkisi**” konulu tez çalışması yapmanız; çalışmayı tamamladığınızda bir suret Genel Sekreterliğimize de sunmak kaydı ile, uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve Gereğini rica ederim.

Dr.Ahmet GÜNAY
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

21/12/2012 Hemşire : N.İNAN
24/12/2012 Araştırmacı : K.ASLAN

Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tel: 0256 2122300 / 4005
Fax:0256 2138772

İrtibat:K.ASLAN

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Psikoeğitimin şizofreni ailelerinin yük algılarına etkisi olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için;

- 18-75 yaş aralığında olma,
- Araştırmanın yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye sahip olma,
- Sorulan soruları anlayabilme,
- İşitme ve görme problemine sahip olmama
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Psikoeğitim programının içeriğinde şizofreni hakkındaki genel bilgiler, şizofreni belirtileri ile baş etme, stresle baş etme, ilaç tedavisinin amaçları, yan etkileri ve dikkat edilmesi gereken önemli konuları içermektedir. Bunlarla; şizofreninin belirtileri, tedavisi, gidisi, sonlanması ve ilaçlar hakkında eğitim, belirtilerin şiddetini ve komorbiditeyi azaltma, aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirme, aşırı duygu dışavurumunu azaltma, erken tanı ve erken tedavi, relaps önleme ya da azaltma, toplumsal işlevselliği artırma, toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlama, bağımsız yaşamayı artırma, gerçekçi beklentiler oluşturma, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlama, yaşam kalitesini artırma amaçlanmıştır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak haftada iki gün belirlenen saatte eğitimlere katılmak, uygulanacak ölçekleri doldurmak sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 60'dır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 3 aydır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar yük algınızı azaltmak, hastalıkla nasıl baş edebileceğinizi göstermek, hastaların hastalık hakkında bilgilerini arttırmak, belirtilerini tanımalarını sağlamak, aşırı duygudışavurumunu azaltmak, aile içi ve kişilerarası ilişkileri geliştirmek, hasta ile ilgili gerçekçi beklentiler oluşturmak, hastayla ilişkilerde daha yapıcı iletişim kurabilmek, yaşam kalitesini arttırmaktır. Hastalar açısından yararları; kliniğe yatışlarını azaltmak, dolayısıyla ekonomiye katkı sağlamak, hastalık belirtilerinin şiddetini azaltmak, aile içi ve kişiler arası ilişkileri geliştirmek, aşırı duygu dışavurumunu azaltmak, erken tanı ve erken tedavi, hastalığın tekrarlamasını önlemek ya da azaltmak, toplumsal işlevselliği arttırmak, toplumda özerk davranmayı ve toplumsal yeterliliği sağlamak, bağımsız yaşamayı arttırmak, günlük yaşam etkinliklerini yerine getirmeyi sağlamak, yaşam kalitesini arttırmaktır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Kendi isteğinizle çalışmadan çıkmamız, 2 oturum üst üste eğitimlere gelmemeniz, verilen ödevleri yapmamanız, bakım verdiğiniz hastanın psikiyatri kliniğine yatışının olması, psikiyatrik bir rahatsızlık tanısı almanız sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0256 213 88 66 / 124 no.lu telefondan Yrd. Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a başvurabilirsiniz

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Bu çalışma kapsamında yol ücreti dışında bir gideriniz karşılanmayacaktır.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum BAP dir.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Yalnızca yol giderleriniz karşılanacaktır. (Her eğitim oturumu için 5 TL)

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacının sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDIR?

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

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM (GEREKLİ OLAN DURUMLARDA)		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

EK-6

Sayın Katılımcı,

Psikoeğitimin aile yükü üzerine etkisini araştırmak için planlanan bu araştırma için size ve hastanıza ait bazı bilgiler sorulmaktadır. Bu sorulara vereceğiniz yanıtlar bilimsel araştırmalar dışında hiçbir şekilde yayınlanmayacaktır. Lütfen sorulardan hiçbirini atlamayınız. Sorularıma içtenlikle yanıt verdiğiniz için teşekkür ederim.

Adnan Menderes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans
Öğrencisi

Müge ÇABUK

Hastanın adı ve soyadı:

Adresi ve telefon numarası:

BÖLÜM I (Hasta İle İlgili Kişisel Bilgiler)

1. Hastanızın cinsiyeti

- a.** Kadın **b.** Erkek

2. Hastanızın yaşı.....

3. Hastanızın medeni durumu

- a.** Evli **b.** Bekar **c.** Boşanmış/ dul **d.** Diğer (Belirtiniz).....

4. Hastanızın eğitim durumu

- a.** Okumaz-yazmaz **b.** Okur-yazar **c.** İlkokul **d.** Ortaokul
e. Lise **f.** Üniversite ve üstü

5. Hastanızın çalışma durumu

- a.** Çalışmıyor **b.** Çalışıyor (İşi):.....

6. Hastanız hastaneye bugüne kadar kaç defa yattı?.....

7. Hastanız kaç aydır/yıldır şizofreni hastası?.....ay.....yıl

BÖLÜM II (Hasta Yakını İle İlgili Genel Bilgiler)

1. Cinsiyetiniz

- a. Kadın b. Erkek

2. Yaşınız.....

3. Eğitim durumunuz

- a. Okumaz-yazmaz b. Okur-yazar c. İlkokul d. Ortaokul
e. Lise f. Üniversite ve üstü

4. Mesleğiniz (Belirtiniz.....)

5. Çalışma durumunuz

- a. Çalışmıyor b. Çalışıyor (İşi):.....

6. Gelir durumunuz

- a. Gelir giderden az b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla

7. Hastaya yakınlık dereceniz

- a. Annesi b. Babası c. Kardeşi d. Eşi f. Diğer(Belirtiniz).....

8. Hastanıza kaç aydır/yıldır bakmaktasınız?.....ay.....yıl

9. Hastanıza bir günde ne kadar zaman ayırmaktasınız?.....saat

10. Kendinize bir günde ne kadar zaman ayırmaktasınız?.....saat

11. Sürekli olarak ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?

- a. Hayır b) Evet (Belirtiniz).....

12. Hastanıza bakım için ailenizden/komşularınızdan/arkadaşlarınızdan destek alıyor musunuz?

- a. Hayır b) Evet (Zaman aralığı ve Süre belirtiniz).....

13. Hastanızın en son hastaneye yatış tarihi nedir?.....

14. Hastanız ilaçlarını düzenli olarak kullanıyor mu?

- a. Her zaman alıyor b. Ara sıra aksatıyor
c. Hiç almıyor d.Diğer (Belirtiniz).....

15. Hastanız kontrollerine düzenli olarak geliyor mu?

- a. Hayır b. Evet c. Ara sıra aksatıyor d. Diğer (Belirtiniz).....

16. Hastanızın kontrollerine geliş şekli nasıldır?

- a. Tek başına geliyor
- b. Bir refakatçi ile geliyor
- c. Diğer (Belirtiniz).....

17. Hastanızın ilaçlarını alma şekli nasıldır?

- a. İlaçlarını düzenli olarak kendisi alıyor
- b. İlaçlarını ben/evden birisi veriyor ve içiyor
- c. İlaçlarını ben/evden birisi veriyor ve zorla içiyor
- d. Diğer (Belirtiniz).....

18. Bu eğitimi aldıktan sonra hastanızla ilişkilerinizde yaşadığınız değişiklikleri belirtiniz.

- a. Olumsuz yönde değişti
- b. Olumlu yönde değişti
- c. .Değişiklik olmadı
- d. Diğer (Belirtiniz).....

Ek-7

Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı

Yönerge: Aşağıda şizofren hastalarda görülen çeşitli davranışları tanımlayan 24 Soru bulunmaktadır. Yanıtların belirtilen bölümlere (X) işareti konarak ve iki bölüm halinde verilmesi gerekmektedir.

A BÖLÜMÜ: İlk önce aşağıda verilen davranışların hasta yakınınızda olup olmadığını belirtiniz. Bunun için eğer verilen bir davranışı yakınınızda gözlemliyorsanız A bölümündeki davranışların karşısına şu şekilde bir (X) işareti koyarak yanıtlayınız. **Eğer bu davranışı yakınınızda gözlemlemiyorsanız A bölümündeki davranışın karşısındaki yeri boş bırakınız. (A bölümü)**

B BÖLÜMÜ: İkinci olarak yakınınızda gözlemlediğiniz davranışın son bir ay içinde sizi ne kadar rahatsız ettiğini B sütunundaki uygun seçeneklerden birinin içine (X) işareti koyarak belirtiniz. **Eğer bu davranışı yakınınızda gözlemlemiyorsanız B sütununu boş bırakınız. (B bölümü)**

Lütfen hiç bir soruyu **atlamayınız.**

Teşekkür ederiz.

		A BÖLÜMÜ Bu davranış şu anda varsa (X) işareti koyun	B BÖLÜMÜ Bu davranışın sizi ne kadar rahatsız ettiğini (X) işareti koyarak belirtin				
			Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla	Bilmiyorum
1	Korkulu görünüyor						
2	Üzgün görünüyor						
3	Neşesiz görünüyor						
4	İlaçlarını almıyor						
5	Yardımlı reddediyor						
6	Yemeğini reddediyor						
7	Yüksek sesle konuşuyor						
8	Bağırıp çağırıyor						
9	Yataktan çıkmıyor						
10	Çok az konuşuyor						
11	Pasaklı görünüşü var						
12	Saçma sapan konuşuyor						
13	İntihar edecekmiş hissi veriyor						
14	Bir şeylerden şüphe etmiş görünüyor						
15	Küfür ediyor						
16	Şiddet kullanacakmış hissi veriyor						
17	Bir şeyleri /eşyaları fırlatıyor						
18	İnsanlara rahat vermiyor						
19	Başkalarını suçluyor						
20	Kendine zarar veriyor						
21	Olur olmaz gülüyor						
22	İlaçlarını kafasına göre kullanıyor						
23	Dolanıp duruyor						
24	Çok fazla sigara içiyor						

ŞİZOFRENİ HASTALARININ AİLELERİ İÇİN PSİKOEĞİTİM KİTAPÇIĞI

ŞİZOFRENİ

Şizofreni alevlenme ve yatışma dönemleriyle kendini gösteren, insanın düşünce, duygu ve davranışlarında birtakım değişikliklerle ortaya çıkan, kendisini ve çevresindekileri önemli ölçüde etkileyen kronik bir psikiyatrik hastalıktır. Bu değişiklikler geçici ya da kalıcı olabilir. Dünyada yüz kişiden birini etkileyen sık görülen bir hastalıktır. Kadın ve erkekte eşit olmak üzere genellikle 15-30 yaşları arasındaki bireylerde görülür.

ŞİZOFRENİ HASTALIĞININ SEBEPLERİ

Şizofreninin oluş nedeni henüz kesin olarak aydınlatılamamıştır. Şizofreninin sebebi olarak tek bir etken öne sürülemez. Şizofreninin birbirini etkileyen birçok sayıda farklı etkene dayalı olduğu düşünülmektedir. Şizofreninin ortaya çıkmasında rol oynayan başlıca etkenler üç başlık altında toplanabilir.

1. Kalıtsal etkenler
2. Beyindeki yapısal değişiklikler
3. Beyindeki kimyasal maddeler

1.Kalıtsal etkenler: Şizofreni hastalarının ailelerinde bu hastalığın daha sık görüldüğü bilinmektedir. Toplumun genelinde şizofreniye yakalanma riski %1 iken, anne ya da babasından biri hasta olan biri için bu risk %12'ye çıkmaktadır. Anne ve babanın her ikisi de hasta ise bu olasılık %35–45 arasındadır. Uzaktan da olsa bir akrabasında şizofreni hastalığı olanlarda bu hastalığın görülme olasılığı %2,5, kardeşlerden biri şizofreni hastası ise diğer kardeşlerde hastalık görülme olasılığı ise %8'dir. Hastalığın geni tam olarak bilinmemektedir. Araştırmalar birden fazla genin rolü olduğuna işaret etmektedir. Ailesel yatkınlığın nedeninin anne babanın yetiştirme tarzından kaynaklanmadığı belirtilmektedir.

2.Beyindeki yapısal değişiklikler: Tomografi gibi görüntüleme yöntemlerinde şizofreni hastalarının beyinlerinde normalde görülmeyen bazı değişiklikler olduğu saptanmaktadır. Örneğin beyinde normalde de bulunun boşlukların hasta kişilerde daha geniş olduğu ve bazı beyin bölümlerinin normalden daha küçük olduğu tespit edilmiştir. Özellikle, beynin plan yapmak, sorun çözmek gibi işlevlerden sorumlu ön bölümünün ve önceki deneyimleri hatırlayarak o anki duruma uygun bir davranış geliştirmekte rol oynayan hipokampus

bölümünün normalden küçük olduğu saptanmıştır. Bu bölgelerin işlevlerindeki aksama sonucunda hastalar günlük hayatta her an karşılaştığımız basit ya da karmaşık sorunları çözmekte zorlanmaktadırlar. Bu sorunlar örneğin yeni tanıştığımız bir kişiyle neleri konuşabileceğimiz, şehir içinde bir yerden bir yere giderken karşılaştığımız aksaklıkların üstesinden nasıl geleceğimiz gibi bize basit gelen şeyler de olabilir. Beyin yapısındaki değişikliklerin nedeni olarak hasta kişilerin beyinlerinin normal gelişimden farklı bir yol izlediği şeklinde açıklanmaktadır. Bu değişiklikler gebelikte ciddi beslenme bozukluğu, gebeliğin erken dönemlerinde virüs enfeksiyonları ya da doğum sırasında beynin oksijensiz kalması gibi beyin gelişimini olumsuz etkileyen nedenlere bağlanmaktadır.

3.Beyindeki kimyasal maddeler: Beyinde milyarlarca sinir hücresi vardır ve bu hücreler bir telefon şebekesi gibi birbiriyle bağlantılıdır. Her hücrenin ucundan salınan bazı kimyasal maddeler komşu hücreye ulaşarak hücreler arası haberleşmeyi sağlar. Haberleşmeyi sağlayan kimyasal maddelere nörotransmitter (NTM) denir. Adrenalin, dopamin, serotonin gibi... Şizofrenisi olan kişilerde dopaminin aracılık ettiği haberleşmede bir bozukluk olduğu bilinmektedir. Dopamin hastaların beyinde bazı bölgelerde fazla miktarda bulunmaktadır. Dopamin aracılığıyla haberleşmedeki bozukluğa bağlı olarak hezeyan(Sanrı-Sağlıklı bireylerde olmayan, açıklaması mümkün olmayan düşünceler ve inançlar), halüsinasyon (Varsanı- Ortada bir uyarın yok iken bir algının olmasıdır), dağınık davranış ve dağınık konuşma gibi hastalık belirtileri ortaya çıkar.

Bu biyolojik nedenlerden dolayı kişide hastalığa yatkınlık olabilir, fakat hastalığın tam anlamıyla alevlenme olarak ortaya çıkması yıllar alabilir. Biyolojik etkenlerin stres (iş, aile, askerlik vs.) gibi çevresel bir etkenle birleşmesi hastalığı ortaya çıkarabilir. Bunlara hastalığı tetikleyen etmenler denilmektedir. Yapılan çalışmalar şizofreni belirtilerinin başlamasında ortalama üç hafta kadar önce ani ve sarsıcı yaşam olaylarının sıklıkla var olduğuna dikkat çekmektedir. Bu, ani streslerin şizofreniyi tetikleyebileceği görüşünü destekleyen bir bulgu olsa da, stresinin şizofreninin nedeni olduğunu göstermez.

Bazı aile üyeleri geçmişteki tutum ve davranışlarının hastalığın ortaya çıkmasında katkısı olduğunu düşünerek kendilerini suçlayabilir. —Çocukken çok sıktık, yatılı okula gönderdik, ondan mı oldu? gibi soruları olabilir. Çocuklukta yaşadıklarımız kişilik özelliklerimizin oluşmasında rol oynamakla birlikte, bu yaşantılar tek başına şizofreniye yol açmamaktadır. şizofreni aile sorunlarından, kötü anne-baba tutumlarından ya da yanlış yetiştirilmeden, çok ders çalışmaktan, aşırı zekâdan ya da kara sevdaya düşmekten

kaynaklanmaz. Bunlar ancak bireyde hastalığa ilişkin var olan yatkınlığın ortaya çıkmasında rol alabilirler.

ŞİZOFRENİ HASTALIĞININ BELİRTİLERİ

Halüsinasyon (Varsanı): Ortada bir uyaran yok iken bir algının olmasıdır. Başkalarının duymadığı sesleri duymak, görmediği şeyleri görmek, hissetmediği kokuları hissetmek gibi. Duyu organı kadar varsanı çeşidi sayılabilir. İşitme, görme, dokunma, koku, tat gibi. Şizofrenide en çok işitme varsanıları olur. Bunlar genellikle olumsuz sözler, küfürler; yön verici komutlar; kendi aralarında konuşarak hastadan üçüncü şahıs olarak söz eden sesler; kendi düşüncelerinin ses olarak kulağına gelmesi ve yaptığı eylemleri tanımlayıcı seslerdir. “sen eşcinselsin, kendini as, şimdi yürüyorsun gibi”.

Hezeyan (Sanrı): Başkalarınca paylaşılmayan, açıklaması mümkün olmayan düşünceler ve inançlar. Sanrılar konularına göre:

Etkilenme sanrıları; düşünce yolu ile gizli güçlerle başkaları davranışlarını etkiliyor, yönetiyor.

Düşünce sokulması; kafasına düşünce sokuluyor, kendisi düşüncelerini başkalarının kafasına aktarıyor.

Düşünce okunması; başkaları düşüncelerini olduğu gibi okuyor, kendisi başkalarının düşüncelerini olduğu gibi okuyabiliyor.

Düşünce yayınlanması; beyni bir radyo, TV vericisi gibi yayın yapıyor.

Düşünce çalınması; düşünceleri başkaları tarafından zihinden çalınıyor, kaçırlıyor.

Şizofreni hastalarında ayrıca sıklıkla büyüklenme, küçüklük, alınma, kötülük görme sanrıları da bulunabilir.

Düşünce ve konuşmanın bozulması: Düşüncenin hızında artma ya da azalma bulunabilir. Düşünce içeriğinde azalma görülebilir. Bu, konuşmanın miktarının azalması şeklinde olabilir; bazı hastalarda da çok ve hızlı konuşmasına karşın, konuşmasının ve kullandığı kavramların içeriğinde boşalma olduğu; konuşmasının açık, anlaşılır bir anlam oluşturmadığı fark edilir. Kimi zaman da konuşma miktarı toplumsal olarak kabul edilen ortalamanın üzerine çıkabilir. Basınçlı ya da baskılı konuşma adı verilen bu tarz konuşmada kişinin sözünü kesip araya

girmek zordur. Daha ağır durumlarda hasta kendisini dinleyen kimse olmasa bile konuşmayı sürdürür. Düşünceyi oluşturan sözcükler arasındaki mantıksal zincir kopar ya da bozulur. Düşüncede zaman zaman durma, bir düşünceden ilgisi olmayan bir başkasına kayma, sapma, düşüncelerin çok yoğun olarak zihne gelmesi, düşüncenin dağılması, parçalanması olur. Hasta düşüncede anlamdan çok seslerin ve sözcüklerin akımına, ahengine, kafiyesine kendisini kaptırır. Kimi zaman karşısındakinin sözcüklerini aynen tekrarlayabilir. Bazen birkaç sözcükten parçalar ya da birkaç kavram bir araya getirilerek yeni sözcükler türetilir. Yavaş yavaş düşünce soyutluktan çıkarak somutlaşır.

Duyguların ifadesinde bozulma, istek, zevk alma ve konuşmada azalma: Duygusal ifadenin azalması, isteksizlik, toplumdan uzaklaşma, kendi iç dünyasında yaşama, yaşamdan zevk almama, bir amacın olmaması, konuşmada azalma, yavaşlık. Olaylara duygusal tepkisi az ya da yoktur, hastalar vurdumduymaz, aldırmaz, duygusuz gibi görünebilirler. Ancak bütün bu belirtiler onların tümünden duygusuz olduklarını, acı çekmediklerini, sıkıntılarının olmadığını göstermez. Kimi kişilerde de acayip, yersiz, anlamsız gibi görünen gülme, ağlama, taşkınlık, duyguların ifadesinde uygunsuzluk görülür.

Davranış bozuklukları: Aşırı hareketlilik, evden kaçmalar/alıp başını gitmeler, kendisine zarar vermeler, anlaşılmaz hareketler, uygunsuz davranışlar, tekrarlayan hareketler, konuşmama gibi. Garip yüz, göz hareketleri, kalıplaşmış yineleyici el, kol beden hareketleri, belli bir ortamı ileri geri gidip gelme, sık sık elini yüzüne götürme, saçını tutma gibi tike benzer hareketler olabilir. Bazen çılgınca taşkınlık, saldırganlık görülebilir. Bazen de belli bir durumda donmuş gibi kalabilir. Kimi hastalar dış görünüşlerine bakmazlar, dağınık ve pis olabilirler. Garip cinsel davranışlar, ortalıkta özdoyum, sık sık tükürme, burun karıştırma, elini ağzına götürme görülebilir. İlerlemiş ve kimi akut durumlarda çırılçıplak soyunma, dışkısını-sidiğini ortaya bırakma, dışkı yeme olabilir.

Eşlik eden belirtiler

Depresyon: Mutsuzluk, hüznün, çökkünlük, karamsarlık, intihar düşünceleri

Kaygı: Korku, sinirlilik, aşırı endişe hali

Uyku bozukluğu: Uykuya dalmada güçlük, gece uyumama, gündüz uyuma.

Kızgınlık, düşmanlık: Çabuk öfkelenme, saldırgan davranışlar

Madde bağımlılığı: Sigara, alkol, akineton, diazem, esrar, kokain kullanımı

ŞİZOFRENİ HASTALIĞININ BAŞLANGICI VE SEYRİ

Şizofreni genellikle 15-40 yaş sınırları arasında, çoğunlukla 18-25 yaşlarında her çeşit psikolojik stresle başlayabilir. İlk nöbetlerin yarısında hiçbir kamçılayıcı etken bulunmayabilir. Şizofreni uzun bir süre bir şeylerin kötü gittiğini kimsenin fark edemeyeceği şekilde yavaş yavaş gelişebilir. Bu yavaş bozulmadan aşamalı başlangıç veya sinsi şizofreni şeklinde söz edilir. Belirtilerin derece derece gelişmesi sonuçta akut dönem veya kriz döneminin başlamasına neden olabilir. Sık görülen başlama biçimi ilgi azalması, dikkat dağınıklığı, kendi bedeni, kendi düşünceleri ile aşırı uğraşma, zamanın akışına aldırılmazlık gibi belirtilerle olur. Şizofreni birkaç hafta hatta birkaç gün içerisinde davranışta ortaya çıkan ani değişikliklerle de gelişebilir. Bu ani değişiklikler hızlı veya ani başlangıçlı şizofreni olarak adlandırılır.

Şizofreni çok değişik gidiş ve sonlanış özellikleri gösteren süregen bir bozukluktur. Sinsi ve yavaş başlayıp yıllarca böyle sürüp giderken alevli hastalık nöbetleri ortaya çıkabilir. Bu nöbetler kendiliğinden ya da tedaviyle yatıştır. Bundan sonra gene çok yavaş ilerleyen ve daha çok duygusal tepkilerde azalma, düşünce ve konuşmada fakirleşme, istekle yapılan işlerde azalma, toplumdan çekilme gibi belirtilerin baskın olduğu şizofreni türüne dönüşebilir. Kimilerinde delikanlılık ya da gençlik çağında oldukça kısa sürede gerçeğe uymayan mantık dışı düşünceler, başkalarının duymadığı sesleri duymak, görmediği şeyleri görmek, düşünce ve davranışlarda dağınıklık ve dikkat bozukluğu gibi çok renkli belirtilerle ağır nöbetler ortaya çıkar ve haftalarca, aylarca sürebilir. Bu dönem düzeldikten sonra görece uzun süre iyi uyum dönemi olabilir ya da durum giderek duygusal tepkilerde azalma, düşünce ve konuşmada fakirleşme, istekle yapılan işlerde azalma, toplumdan çekilme gibi belirtilerin baskın olduğu şizofreni türüne dönüşebilir. Kimi hastalarda dönem dönem iyileşmelere rağmen belirtilerin zaman zaman artmasıyla hastalık yıllarca sürebilir. Kimi hastalar ise çok hatta tamamen yakın iyileşebilirler.

Olumlu gidiş göstergeleri;

- ✿ Kadın olma
- ✿ Ailede şizofreni öyküsünün bulunmaması
- ✿ Hastalığın geç başlaması
- ✿ Hastalık öncesinde toplum, iş ve cinsel yaşamında uyumlu olması
- ✿ Evli olma
- ✿ Yüksek zeka düzeyi

- ✿ Başlangıçta birden gerçeğe uymayan mantık dışı düşünceler, başkalarının duymadığı sesleri duymak, görmediği şeyleri görmek, hissetmediği şeyleri hissetmek, düşünce ve davranışlarda dağınıklık ve dikkat bozukluğu gibi belirtilerin olması
- ✿ Alevli hastalık dönemlerinin az sayıda ve kısa süreli olması
- ✿ Hastalığın ortaya çıkmasında ağır çevresel zorlanma etkenlerinin olması
- ✿ Kırsal kesimde yaşama
- ✿ Tedaviye erken dönemde başlama ve düzenli olarak sürdürülmesi
- ✿ Ailelerin tedavi ekibiyle yakın işbirliği kurabilmesi

Olumsuz gidiş göstergeleri;

- ✿ Hastalığın erken yaşta başlaması
- ✿ Belirtilerin sinsî ve yavaş ortaya çıkması
- ✿ Hastaneye yatma sayısının çok, yatma sürelerinin uzun, iyileşme durumlarının kısa olması
- ✿ Düşünce ve davranışlarda dağınıklık belirtilerinin olması
- ✿ Başka tür hastalıkların da kişide bulunması
- ✿ Ailede şizofreni hastalığının varlığı
- ✿ Aile ortamının bozuk olması
- ✿ Ailenin hastadan beklentilerinin yüksek olması
- ✿ Ailenin hastaya karşı aşırı koruyucu olması
- ✿ Ailenin hastanın sorumluluklarını almasına izin vermemesi.

ŞİZOFRENİ HASTALARININ YASAL HAKLARI

Türk Ceza Yasası

Madde 32: Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiile ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur (Bu tanımlamada kişinin zihinsel, duygusal ve davranışsal yetilerini ileri derecede bozan bir ruh hastalığının bulunması gerekir. Zihinsel yetiler, şuur, algılama, hafıza, yönelim, gerçeği değerlendirme, düşünme ve yargılama yetilerini içerir. Bu yetilerin bozulması ile kişi dürtülerini, davranışlarını denetleyemez ve bu nedenle yasada belirtilen bir ruhsal bozukluk içinde olduğu kabul edilir. Bir başka deyişle davranış bilinçli denetimin etkisinden çıkmış;

kişinin istençli ve mantıksal davranışları kalmamış; eylemleri denetimsiz dürtüsel nitelik kazanmıştır).

Birinci fıkra yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine 25 yıl, müebbet hapis yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkum olunan ceza süresi aynı olmak koşuluyla kısmen ya da tamamen akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir (Birinci fıkra yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye ceza indirimi yapılabileceğini göstermektedir. Ancak bu indirim suçun gerektirdiği cezanın altıda birinden fazla olamaz).

Madde 34: Geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış kişiye ceza verilemez (İşlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını geçici nedenlerle algılayamayan ya da bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış kişilerin de suç sorumluluğunun ve ceza ehliyetinin olmadığını göstermektedir. Burada önemli olan alkol ya da maddenin etkisi ile işlenen suçlarda alkol ya da maddenin kişinin bilinçli istenciyle alınıp alınmadığıdır. Alkol ya da maddenin kişinin bilinçli istenciyle alınmasıyla ortaya çıkan sarhoşluk durumlarında suç işlenmesi halinde ceza ehliyeti ortadan kalkmamaktadır).

İradi olarak alınan alkol ya da uyuşturucu madde etkisinde suç işleyen kişi hakkında birinci fıkra hükmü uygulanmaz.

Türk Medeni Kanunu

Madde 355: akıl hastalığı veya akıl zayıflığı nedeniyle işlerini görme gücünden yoksun olan veya sürekli olarak yardım ve özen gereksinen ya da başkasının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin için vasi (koruman) atanır.

Madde 133: akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbi sakınca bulunup bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemezler.

Madde 145/3: eşlerden birinde evlenmeye engel olacak derecede akıl hastalığı bulunması evliliği geçersiz kılar.

Madde 165: eşlerden biri akıl hastası olup da bu yüzden ortak hayat diğer eş için çekilmez hale gelirse, hastalığın geçmesine olanak bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla tespit edilmek koşuluyla bu eş boşanma davası açabilir.

Madde 405: akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarını güvenliğini tehlikeye sokan ergin kısıtlanır.

Devlet Memurları Kanunu

Madde 105: memurlara hastalıkları halinde verilecek raporlarda lüzum üzerine aylık ve özlük haklarına dokunulmaksızın aşağıdaki esaslara göre izin verilir:

- a. On yıla kadar hizmeti olanlara (on yıl dahil) altı aya kadar,
- b. On yıldan fazla hizmeti olanlara on iki aya kadar izin verilir.
- c. Kanseri, verem ve akıl hastalıkları gibi uzun süreli bir tedaviye ihtiyaç gösteren hastalığa yakalananlara on sekiz aya kadar izin verilir.

Memurların hastalıkları sebebiyle yataklı tedavi kurumlarında yatarak tedavi gördükleri tedavi süreleri hastalık izinlerine ait sürelerin hesabında dikkate alınır.

İzin süresinin sonunda hastalıklarının devam ettiği resmi sağlık kurullarının raporu ile tespit edilenlerin izinleri bir katına kadar çıkartılır. Bu sürelerin sonunda da iyileşmeyen memurlar hakkında emeklilik hükümleri uygulanır.

Madde 206: aşağıdaki hallerde çocuklar için aile ödeneği verilmez:

1. Evlenen çocuklar,
2. 19 yaşını dolduran çocuklar (19 yaşını bitirdiği halde evlenmemiş kız çocuklarına 25 yaşını dolduruncaya ve yükseköğrenim yapmakta bulunan erkek çocuklar için 25 yaşını geçmemek üzere öğrenimlerini bitirinceye kadar ve çalışmayacak derecede malullükleri resmi sağlık kurulu raporu ile tespit edilenler için süresiz olarak ödeneğin verilmesine devam olunur).

2022 Sayılı Yasa

Madde 1/4: 65 yaşını doldurmadığı halde başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde malül olduklarını tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporu ile kanıtlayanlara bu kanun hükümlerine göre aynı ölçüde aylık bağlanır.

Hasta Hakları

- Her insanın hastalandığı zaman çağdaş yöntemlerle sağaltıma ve saygı, anlayış, hoşgörü, sabırla bakım görmeye hakkı vardır.
- Her hastanın hastalık hakkında bilgi edinmeye hakkı vardır.
- Her kişinin kendisi üzerinde yapılacak inceleme, araştırma ve sağaltım uygulamasının ayrıntılarını bilme, bunları kabul ya da reddetme hakkı vardır. Hasta üzerinde herhangi bir inceleme, sağaltım ve araştırma için hastanın kendisinden yazılı olarak “bilgilendirimli olur” almak zorunludur.
- Hastalığın ağırlığı ya da niteliği nedeniyle hasta kendinse verilecek bilgileri anlayacak durumda değilse bilgilendirilmiş oluru hastanın ailesinden almak gerekir. Her sağlık kurumu, her hekim bilgilendirilmiş olur konusunda bilgi edinmek ve özenle uygulamak zorundadır.
- Hastanın kendisine ya da çevresine karşı tehlikeli olma durumu tıbbi psikiyatrik muayenelerle saptanmış olduğu halde, kendisine verilen bilgilere karşın hastaneye yatışı ve sağaltımı reddedebilir. Oysa hastanın zorunlu olarak hastaneye yatırılması gerekebilir. Böyle bir durumda geçici de olsa hastanın özgürlüğü ve medeni hakları kısıtlanmış olacaktır. Bütün bu sürecin yasalara ve tıbbi etik kurallara uygun olması önemli bir hasta hakkıdır.
- Hastaların kimliklerinin, sağlık ekibine verdikleri bilgilerin, her türlü muayene ve tedavi uygulamasının hastaya özel gizli bilgi olarak tutulması gerekir. Hastaların kendi istekleriyle bile olsa kimlikleri, fotoğrafları, dosyaları herhangi bir biçimde başkalarına verilemez, haklarında yayın yapılamaz.
- Bir hasta hakkında mahkemece bilgi istenmesi durumunda hastaya açıklama yapılır, gerekli bilgiler ya da hasta dosyası özel gizli evrak olarak yargıca gönderilir.
- Sağlık ekibinin yanlış uygulamalar ve etik dışı davranışlarına karşı hastaların mahkemeye başvurma hakları vardır.

ŞİZOFRENİ HASTALARININ EVLİLİK DURUMLARI

Medeni kanuna göre; akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbi sakınca bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemez. Resmi sağlık kurulunca tıbbi sakınca bulunmazsa şizofrenik bir hasta da evlenebilir. Evlilik girişiminde bulunmadan önce hastanın hekimine danışılması ve hastanın evleneceği kişiye önceden bilgi verilmesi uygun olur.

Kişinin bu kararı alırken öncelikle kendi sorumluluklarını yerine getirip getiremeyeceğini iyi değerlendirmesi gerekir. “Evlensin, iyileşir” şeklindeki yaygın görüş yanlıştır.

ŞİZOFRENİ HASTALIĞININ TEDAVİSİNİN AMACI

Şizofreni tedavisinde düşünce, duygu ve davranış düzeyinde ortaya çıkan belirtilerin ilaçlarla kontrol altında tutulması, toplumsal yaşantıyla ilgili ortaya çıkan yakınmalarında diğer tedavi yöntemleriyle düzenlenmesi ve böylelikle kişinin kendisi ve çevresiyle uyumlu bir yaşam sürdürmesi hedeflenmektedir.

ŞİZOFRENİ HASTALIĞINDA KULLANILAN İLAÇLARIN ETKİ VE YAN ETKİLERİ

Antipsikotik ilaç kullanmanın yararları:

1. Sesleri, görüntüleri ve kendi kendine konuşmayı giderirler
2. Başkalarının inanmadıkları yanlış ya da ilginç inançları, düşünceleri azaltırlar
3. Gerginliği, kızgınlığı azaltır, kişiyi daha sakin ve rahat yaparlar
4. Daha net düşünmeye, dikkat ve yoğunlaşmaya yardım ederler
5. Düşmanca ve saldırgan dürtü ve davranışları giderirler
6. Korkuları ve kafa karışıklıklarını giderirler
7. Uykusuzluğu giderirler
8. Daha tutarlı konuşmaya yardım ederler
9. Anlamsız davranışları azaltırlar
10. Nedensiz gülme, ağlama ve çılgık atmaları engellerler
11. Hastalığın alevlenmesini önler, hastaneye yatışlarını azaltırlar

Antipsikotik ilaç yan etkileri ve yapılması gerekenler

Antipsikotik ilaçların çok geniş bir yan etki yelpazesi olup her yan etkinin özelliği ve ters etkiler ilaçtan ilaca farklılık gösterir. Her ilaç her hastada aynı şiddette yan etki oluşturmamaktadır. Bazı yan etkilere de tolerans gelişebilmektedir. Antipsikotik ilaçların yan etkileri bilinirse, böyle bir durum ortaya çıktığında neler yapılması gerektiği bilinir ve ilaç kullanmayı sürdürerek tedaviden en fazla kazanç elde edilir.

Güneş ışığına duyarlılık: Güneş gözlüğü, şapka ya da güneşlik kullanmak, güneşe uzun süre maruz kalmaktan kaçınmak, güneşten koruyucu olan losyonlar kullanmak.

Ağız / boğaz kuruluşu: Sıvı alımını artırmak, ağız sık sık su ile çalkalamak, şekersiz sakız çiğnemek, akide şekeri emmek, dudaklara nemlendirici sürmek çözüm olabilir.

Görme bulanıklığı: Yeterli ışığı sağlamak, iri yazılı kitap, gazete ya da büyüteç sağlamak, okurken ışığın omuz üzerinden gelmesini sağlamak, göz muayenesine gitmek.

Deride döküntü, alerjik tepkiler, renk değişikliği: Doktora bildirilmelidir. Kaşıntıyı önleyici losyonlar sürülebilir.

Salya gelmesi ya da yutmada güçlük: Doktora bildirilmelidir. Bol sıvı almak, solunum yolunu açık tutmak gerekebilir.

Kabızlık: Su alımını ve fiziksel egzersizi artırmak, sebze ya da kepekli tahıl ürünleri yemek, sabahları aç karnına ılık su içmek. Yine de geçmezse doktora bildirmek gerekir.

Baş dönmesi: Oturur ve yatar pozisyonundan yavaş bir biçimde kalkmak, tansiyon takibi yapmak, uzanıp dinlenmek, tutunarak yürümek, baş dönmesi yakınmasının sıklık ve süresini kaydetmek. Yine de rahatsız ederse doktora bildirmek gerekir.

Uyuşukluk, uyku hali: Gün içinde kısa süreli istirahat yapmak geri kalan zamanlarda mümkün olduğunca uyanık kalmasını sağlamak, dinlenmeye ayrılan zamanlar dışında yapılacak etkinlikleri listelemek ve bu listeye uymaya çalışmak, ilaç dozunu uyku zamanına kaydırmak için doktora danışmak.

İştah artışı, kilo alımı: Egzersiz ve spor yapmak, diyeti kontrol etmek, yağlı ve tatlı yiyeceklerden kaçınmak, sebze yiyeceklerine yönelmek, aşırı yemeyi azaltmak ve özellikle gece yemeklerini kaldırmak gerekir. Aşırı kilo alımında mutlaka doktora başvurulmalıdır.

Cinsel zorluk, memeden süt gelmesi, adet düzensizliği: İlaçların ciddi yan etkilerindendir, mutlaka doktora bildirilmelidir.

Titremeler: Ellerde ve bacaklarda daha sık görülür. Doktora bildirilmelidir.

Kas katılığı, ani kasılma: Hareketlerde güçlük, vücut duruşunda bozulma, kaslarda kasılma. Tıbbi tedavi alana kadar hastayla birlikte kalınmalı. Hemen doktora bildirilmelidir.

Hareketlerde azalma: Yüz ifadelerinde ve hareketlerde azalma vardır. Doktora bildirilmelidir.

Akatizi: Vücutta, kol ve bacaklarda kas huzursuzluğu, sinirlilik, sakince oturamama ve iç huzursuzluğudur. Hafif hallerine egzersiz iyi gelebilir, fakat mutlaka doktora bildirilmelidir.

Geç diskinezi: Ağızda, dilde, dudaklarda, ellerde, parmaklarda ve vücutta yavaş ve istemsiz ritmik olmayan kasılmalarıdır. Ciddi bir yan etkidir mutlaka doktora bildirilmelidir.

İLAÇLARIN DÜZENLİ KULLANIMININ ÖNEMİ

Şizofrenide kullanılan ilaçlar ancak düzenli kullanıldıklarında etkili olmaktadır. Bu nedenle ilaç tedavisinin her gün, aksatılmadan sürdürülmesi gerekir. İlaç tedavisini düzenli bir

şekilde kullanarak duygu, düşünce ve davranış düzeyinde meydana gelen belirtilerin kontrol altında tutulabileceği hastalara açıklanmalıdır. İlaçlarını ağızdan kullanmayı reddeden hastalara iki-dört haftada bir eşdeğer dozlarda kalçadan yapılacak iğnelerle de tedavi tercih edebilecekleri açıklanmalıdır.

ŞİZOFRENİ HASTALIĞININ TEKRARLAMASI- ERKEN BELİRTİLERİ TANIMA VE İZLEMENİN ÖNEMİ

İlaç alımını uzun süreli reddettiğinde, öfke ve kızgınlık belirtileri arttığında, çevresindeki insanlara bağırıp çağırdığında, çevresine zarar verici davranışlar sergilediğinde bakım vericilerin hastalarını sağlık kuruluşuna getirmesi önemlidir.

ŞİZOFRENİ HASTALIĞININ ALEVLENMESİNİ HABER VEREN ERKEN BELİRTİLER

Tedavisi düzenli bir şekilde süren bir kişide sıkıntı, huzursuzluk, alınganlık, tedirginlik, uyku düzeninde bozulma, her zamankinden fazla oranda içe dönüklük gibi belirtiler rahatsızlığın tekrarladığına ilişkin ilk işaretlerdendir.

HASTAYLA İLETİŞİMDE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR

Hastalarla iletişimde ve sorun çözmede dikkat edilmesi gereken noktalar

1. Ne demek istendiği açıkça belirtilmeli
2. Doğrudan konuşmalı, sade bir dil kullanılmalı
3. Mümkün olduğunca kısa ve net konuşulmalı
4. Sakin bir sesle konuşulmalı
5. Dikkatle dinlenmeli
6. Aynı anda tek konuya odaklanılmalı
7. Ne hissedildiği sözcüklerle ifade edilmeli (.. sevinirim, .. üzülürüm)
8. Söylenenler değil, hastaların anladıkları önemsenmelidir (tekrardan kaçınılmamalı)
9. Doğru anlaşılıp anlaşılmadığı tekrar sorarak kontrol edilmeli, yanlış anlamalar önlenmeli
10. Yapılan her olumlu hareket kutlanmalı
11. “Ben” dili kullanılmalı ve hastaların da bunu kullanması teşvik edilmeli
12. Tutum ve kişilikler üzerinde değil daha çok davranışlar üzerinde durulmalı
13. Hastaları eleştirmekten kaçınılmalı
14. Eleştiri yerine yanlış davranışlardan duyulan üzüntü dile getirilip doğru davranış örneklenmeli ve sonuçta duyulacak memnuniyet bildirilmelidir.

BAKIM VERİCİLERİN DUYGULARI İFADE ETME BİÇİMLERİ (ELEŞTİREL, AŞIRI KORUYUCU VE KOLLAYICI YA DA DÜŞMANCA TUTUMLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ)

Kronik hastalar için özellikle önemli olan aile üyelerinin desteği, sadece hastanın fiziksel ve duygusal işlevselliğini sağlamakla kalmaz, aynı zamanda hastayı hekimin önerilerine bütünüyle uyma ve sağlığa uygun davranışları benimseme konusunda cesaretlendirebilir. Bunun yanı sıra çevredeki bireyleri model alma yoluyla hastalarda olumlu işlevsel etkiler ortaya çıkabilir. Araştırmalar, aile üyelerinin işbirliği sağlandığında, hastaların tedavi gereklerini daha fazla yerine getirdiklerini göstermiştir. Ailelerin hastalardan daha az beklenti içinde olmaya ya da onları bağımsız, fonksiyonel olmayan aile rollerinde görmeye eğilimli oldukları bildirilmiştir. Ailelerin büyük kısmında, başta anne, baba ve kardeşlerde olmak üzere, reddedilme, etiketlenme korkusu nedeniyle hastalığı gizleme eğilimi bulunmaktadır.

Aile Bireylerinin Hastaya Karşı Takındığı Olumsuz Tutumlar

Şizofrenik bir hasta ile yaşayan aile bireylerinin hasta ile olan ilişkilerinde geliştirdikleri sağlıklı tutum ve davranışlarından en sık görülenler şunlardır:

-Aşırı ilgi ve müdahalecilik: Şizofreni hastalarda ciddi beceri ve yetenek kaybına yol açar. Bazı aile bireyleri hastaların bu eksikliklerine karşı aşırı şekilde koruyucu, kollayıcı, aşırı ilgili ya da kısıtlayıcı, yasaklayıcı vb. tutumlar geliştirirler (ev işlerinde sorumluluk vermemek, tek başına yapması gereken işlerde bile ona yardımcı olmak, hatta işi onun yerine yapmak vb.). Bu gibi tutumlar hastaların zaten az olan becerilerini tümünden kaybetmelerine neden olduğu gibi, hastalarda kendilerine çok fazla karışıldığı, işlerine çok fazla müdahale edildiği duygusu yaratarak rahatsız edici de olabilir.

-Düşmanca ve eleştirel tutum: Bazı aile bireyleri hastanın hasta olduğu gerçeğini yadsıyarak ya da görmezden gelerek ondan sağlıklı bir bireyden beklenebilecek işlevleri beklerler. Doğal olarak hasta birey bu beklentiye karşılayamaz ve bu durum aile içinde çatışmaya neden olur. Özellikle depresif ve negatif semptomların belirgin olduğu şizofrenik hastalar bu tür tutumlara sıklıkla maruz kalırlar ve miskinlikle, tembellikle, kaytarmayla suçlanırlar. Bu durum hastanın özgüvenini kaybederek kendini daha da kötü hissetmesine neden olur.

-Hastayı reddetme: Ailede hasta bireye karşı gösterilen düşmanca ve eleştirel tutumun en uç örneğini hastayı tümünden reddetme oluşturur. Hastanın istekleri karşılanmaz. Aileyi hatta

bizzat kendisini ilgilendiren konularda fikri sorulmaz, görüşlerine itibar edilmez. Kısacası hasta yokmuş, o evde yaşamıyormuş gibi davranılır.

-Sorunun içinde boğulma, kendini hastaya vakfetme ve birbirini ihmal: Bazı ailelerde sağlıklı bireyler hasta bireyin durumundan aşırı üzüntü duyarlar. Bunun sonucunda tüm enerjilerini, zamanlarını ve ekonomik güçlerini seferber ederek hastaya yardımcı olmaya çalışırlar. Adeta kendileri için değil onun için yaşamaya başlarlar, bir anlamda kendilerini hastaya vakfederler. Böylece, birbirlerine olan ilgileri azalır, zamanla bu bireylerde hastaya karşı bilinç dışı bir öfke ve suçluluk duygusu gelişebilir. Giderek aile içi ilişkilerde gerginlikler, suçlamalar, kavgalar yaşanmaya başlanır. Bu durum evi terk etmelere hatta boşanmalara kadar varabilir.

-Psikosomatik bozukluklar: Bazı aile bireyleri hasta bireyle bir arada yaşamının getirdiği olumsuz duygularını açık bir şekilde ifade edemez ve bu duygularını bastırma yoluna giderler. Bu durum migren tipi baş ağrısı, yüksek tansiyon, astım, ürtiker vb. psikosomatik hastalıklara yol açabilir.

Şizofreni hastaları için aile ortamı, aile dinamikleri, ailenin tutum ve davranışları önemlidir. Bu hastalar genellikle kısmen iyileşerek taburcu edildiklerinden, bu dönemde temel sorun iyileşmedir. Aile üyeleri sıklıkla hastanın eski olağan etkinliklerine dönmesi için onu cesaretlendirir. Bu iyimser yaklaşımın nedenleri arasında şizofren bozuklukların doğasını bilmemek, ciddiyetini yadsımak, hastadan dolayı utanmak, hastalıktan dolayı kendilerini suçlamak sayılabilir. Bunlar hastaya karşı tutumlarını ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Zamanla beklentileri gerçekleşmeyince eleştirel, girici, düşmanca tutumda olabilirler. Bu aşırı duygu dışavurumu tedaviyi olumsuz yönde etkiler. Oysa ailenin tedaviye katılması hastanın iyileşme sürecini kısaltmakta, tekrar oranlarını düşürmektedir.

HASTALARIN İLETİŞİM KURMADA YAŞADIKLARI SORUNLAR

Şizofreni hastaları karşılarındaki insanlarla iletişim kurmada bazı sorunlar yaşayabilirler. Bu sorunlar konuşmayı başlatmak, başkalarını dinlemek, konuşmayı sürdürmek, soru sormak ve öğrenmek olabilir. Bu sorunlar için hastalara şu önerilerde bulunabilirsiniz:

Konuşmayı başlatma

1. Uygun zaman ve yeri seç,
2. Selam ver ve kendini takdim et,
3. Çok kısa bir konuşma yap,
4. Karşıdaki kişinin konuşmaya istekli olup olmadığına karar ver.

Başkalarını dinlemek

1. Göz temasını sürdür,
2. Baş sallama hareketleri yap,
3. “Evet”, “anlıyorum” gibi konuşmanın içerisinde olduğunuzu hissettirecek ifadelerde bulun,
4. Karşıdaki kişinin söylediklerini arada tekrar et.

Konuşmayı sürdürmek

1. Genel sorular sor,
2. Kişinin cevaplarını izle,
3. Konuyla ilgili bazı genel bilgiler ver,
4. Bu bilgilerin ya da konuşulan durumun sende uyandırdığı duyguları ifade et,
5. Bedensel ifadelerde bulun,
6. Anlaşılmayan yerleri tekrar sor,
7. Karşı tarafın anlayıp anlamadığını kontrol et,
8. Konuşmayı kapanış yorumu yaparak bitir.

Soru sormak, öğrenmek

1. Soru soracağın kişiyi seç,
2. İyi iletişim öğelerine dikkat et,
3. Gereksinim duyduğun bilgiyi sor,
4. Soru sorduğun kişinin söylediklerini dikkatle dinle,
5. Söylenenleri tekrar et ve yardımı için teşekkür et.

PROBLEM ÇÖZME YÖNTEMLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA

Sorunlarla karşılaşmak yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır. Önemli olan onların varlığı değil, sorunlar karşısında takınılan tutumdur. Sorun görmezden gelinip geçiliyorsa belki kendiliğinden geçme olasılığı da vardır fakat genellikle yeni sorunların doğmasına yol açma riskini taşır. Sorunlar karşısında yetersizlik hissedilip çözüme yanaşılmıyorsa biriken sorunların insanı tüketecek dereceye ulaşmasına yol açılıyor demektir. Sorunlar karşısında etkin bir tutum sergilemek, kafayı sorun çözmeye odaklamak genelde sorunların üstesinden bir şekilde gelmeyi sağlar. Kişi hem şimdisi hem de sonrası için rahatlamış olur.

Sorun çözme basamakları;

1. Dur ve düşün, sorun nedir?

2. Sorunun çözüm yolları nelerdir?
3. Çözüm seçeneklerini fayda ve zararlarıyla değerlendir.
4. En uygun seçeneği seç.
5. Çözüme ulaşmak için hangi kaynaklara ihtiyaç olacak, bunları nasıl sağlayacaksınız?
6. Seçtiğin çözümü uygulamak için bir zaman belirle ve bunu yap!
7. Sonucu değerlendir.

Karşılaşılan sorunların çözümünde basamaklı yaklaşım işi kolaylaştıracaktır. Önce karşılaşılan duruma dikkati vermek gerekir. Dikkatle düşünüp durumu değerlendirmeli ve sorunu tanımlamalıdır (*birinci basamak*).

Sorunu ortaya koymak çözümün neredeyse yarısıdır (matematik derslerinde söylenen “problemi çözmenin yarısı onu anlamaktır” deyişini hatırlatın). Olay üzerinde düşünülmeli ve çözüm yollarını araştırmaya yönelmelidir (*ikinci basamak*).

Bu basamakta akla gelen tüm çözüm önerileri ortaya konur. Onların ne kadar elverişli olup olmadıklarını değerlendirmek bir sonraki basamağın işidir (*üçüncü basamak*). Akla gelen her bir çözüm önerisinin faydalı (avantajlı) ve zararlı (dezavantajlı) yanları tartılmalıdır. Burada nicelik (faydaların zararlardan daha fazla olup olmadığı) önemli değildir. Bazı çözümler faydalı taraflarına göre daha az sayıda zarara sahip olabilir, fakat zararlar hâlâ faydalardan daha önemli olabilir. Bu konuda karar verirken kalite, önemlilik ya da fayda ve zararların ağırlığı konusunda hastaların kendi konumlarını göz önünde bulundurmaları teşvik edilmelidir. Örneğin bir kişi için zaman ve para harcama önemli bir zarar olurken başkaları için olmayabilir. Her bireyin kendine göre farklı değerlendirmeleri olacaktır. Bu basamaktaki amaç sorun çözme durumunda hangi *sonuçların* önemli olduğunu netleştirmektir.

Dördüncü basamakta kişi kendisince faydaları ağır basan bir ya da daha fazla çözüm önerisini seçecek ve onu uygulamayı planlayacaktır.

Tabii ki seçtiği çözüm önerisini harekete geçirebilmek için kaynaklara gereksinim vardır (*beşinci basamak*). Kişi ancak elinde kaynağı olan bir çözümü gerçekleştirmek için çalışabilir. O anda ulaşabileceği kaynak araştırması yapılır. Kaynaklara ulaşmak için de seçenek düşünceler tartışılabilir. Bazı hastaların bazı kaynaklardan haberleri olmamış olabilir. Örneğin şizofreni ya da yeti yitimine yol açan başka bir hastalığı olan bireylere belediyeler ücretsiz taşımacılık hizmeti veriyor olabilir, fakat hasta bunu bilmiyordur, ulaşım için ödeme sorununu çözmesi gerektiğini düşünüyordur.

Altıncı basamakta iyice tartılmış olan çözüm önerisinin eyleme geçme zamanı gelmiştir artık. Hemen bir tarih (zaman) belirlemeli ve bunu gerçekleştirmelidir.

Yedinci basamakta ise denenen çözüm önerisinin sonucu değerlendirilir. Başarılı olup olunmadığına bakılarak daha sonraki çözüm denemelerinde benzeri bir hataya düşülmemesi hedeflenir.

Stresle baş etme:

Stres genellikle zorlanma durumunu, baskı altında kalma ve gergin hissetmeyi anlatmak için kullanılan bir terimdir. Stresliyim diyen bir kişi zorlandığı ve halletmek zorunda kaldığı bir durumla karşı karşıya olduğunu açıklamaktadır. Stres doğuran olaylar genellikle ya önemli yaşam olaylarıdır ya da günlük sorunlardır. Önemli yaşam olayları kişinin hayatındaki önemli değişikliklerdir. Boşanma, trafik kazası, bir yakının ölümü, işini kaybetme, ciddi bir hastalığa yakalanma, askere gitme, göç ve benzeri durumlar birçok kişi için önemli yaşam olayları arasındadır. Bunlar her zaman herkeste aynı stres etkisi yaratmaz. Örneğin göç kimisi için önemli bir mutluluk kaynağı iken kimisi için de stres kaynağı olabilir. Askere gitme bazıları için çok stresli bir durumken bazılarını o kadar etkilemeyebilir. Günlük sorunlar da sıklık ve şiddetine göre bireylerde stres etkisi doğururlar. Ailenin ekonomik sorunları, ailede bir kişinin bedensel hastalığının olması, kalabalık aile ortamı, tartışmacı bir ortam, özel hayatın zorlanması, aile içi çatışmalar ve benzeri durumlar uzun sürdüğü zaman kişi üzerinde stres yaratarak hastalıkla baş etmeyi zorlaştırabilirler. Bu nedenle küçük sorunları zamanında çözmekte fayda vardır.

Stresli bir durum karşısında kişinin bunu iyi çözümleyip durumun değiştirilebilir özellikleri olup olmadığına bakması gerekir. Değiştirilebilir durumlarda değiştirme girişimlerinde bulunmak, değiştirilemez durumlarda ise duygusal düzenlemeye gitmek iyi olacaktır. Eğer bir durumu değiştiremiyorsanız ve o durum sizi rahatsız ediyorsa durum karşısında kendinizi güçlendirmekten başka çıkar yol yoktur. Burada çevresel desteklerin önemi büyüktür. Bir aile yakını ya da bir arkadaşın varlığı sorunun paylaşılmasında ve duygusal güçlenmede oldukça yardımcı olur.

Stresle baş etme yöntemleri;

1. Stres kaynaklarını iyi değerlendirmek. Onların değişebilir ve değişmez yanlarını ortaya koyarak değişebilir yanlarıyla uğraşmak gerekmektedir.
2. Daha önce strese neden olmuş durumlardan kaçınmak. Çünkü muhtemelen yine aynı sonucu doğuracaktır.
3. Gerçekçi beklentiler içerisinde olmak. Yapılabilecek, gerçekleşme olasılığı olan işlerin peşinden koşmak, yapılamayacak işleri yüklenmemek gerekir.
4. Streslerle başa çıkmak için elde ne gibi kaynaklar var, bunlar yeterli mi iyi değerlendirmek. Yeni kaynak arayışı gerekebilir.

5. Egzersiz, spor, normal uyku, uygun beslenme gibi iyi alışkanlıkları sürdürmek koruyucu etki yapar. Tembellik, uykusuzluk, kötü beslenme gibi durumlar strese duyarlılığı artırır.
6. Sinema, gezi, yemeğe çıkmak, resim, müzik, konserler gibi zevk verici faaliyetleri sürdürmek. İnsana kendisini güçlü hissettirir.
7. Stresli durum hakkında arkadaşlarla konuşup konuyla ilgili duygularını paylaşmak. Rahatlatıcı olur.
8. Aileden birisinden ya da arkadaşlardan yardım istemek. Uygun önerilerde bulunabilirler.
9. Rahatlatıcı gevşeme tekniklerini kullanmak (derin nefes almak, kasları gevşetmek, spor yapmak, müzik dinlemek...).
10. Olumlu düşünce tarzını geliştirmek. '*Kötü durum*', '*halledemem*', '*dayanamam*' gibi olumsuz düşünceler yerine '*bu bir şanssızlık, üstesinden gelebilirim*', '*yapabileceğimin en iyisini deneyeceğim*', '*bununla da baş edecek güce sahibim*' gibi olumlu düşünceler geliştirmek.
11. Stresin üstesinden gelmek için seçilen ve uygulanan yöntemin sonucunu değerlendirmek, olumlu sonuç alınamadıysa yeni yöntemler denemek.
12. Baş etme becerisini geliştirmek için yeni planlar yapmak.

HASTANIN TEDAVİSİNDE AİLE DESTEĞİNİN ÖNEMİ

Şizofrenili hastaların çoğu bekâr ya da boşanmış olup aileleriyle yaşamaktadırlar. Hastanın ailesi, en çok kullanılan ve en geçerli rehabilitasyon ortamıdır. Son zamanlarda iyice yaygınlaşan, hastayı mümkün olan en kısa zamanda hastaneden çıkarma eğilimi, ailenin önemini artırmıştır. Aile bireyleri zamanlarının önemli bir kısmını hastalarıyla birlikte geçirmekte ve her an hastalık ve tedavi sürecinin içerisinde yer almaktadır. Aile içi aşırı duygusal ifadenin düzenlenmesi, alevlenme ve yinelemelerin önlenmesine yönelik donanımın sağlanması, olumsuz davranış kalıpları ve tutumların giderilmesi, gerçekçi olmayan beklentilerin değiştirilmesi, stresle başa çıkma, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi hastanın tedavisinde önemlidir. Aileler hastaya sorumluluk almaları konusunda, ilaç tedavisine uyumlarında, hastalığın alevlenme dönemlerini belirlemede yardımcı olarak hastalarının tedavisine destek olurlar.

ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM YÜKÜ

Yük kavramı hasta bir bireyle yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak aracılığıyla kullanılmaktadır.

Ailelerde yaşanan sorunlar;

- Ailenin sosyal gezilerinde ve aktivitelerinde azalma
- Ailenin diğer üyelerinde depresyon
- Ailenin diğer üyelerinde utanç
- Ekonomik zorluklar
- İş planlarının iptali veya ertelenmesi
- Ailenin diğer üyelerinde benlik saygısında azalma ve özgüven kaybı
- Ailenin diğer üyelerinin iş ve okul performansında azalma
- Alkol kullanımında artma
- Ailede parçalanma

Ailede çatışma ve değişimlere neden olan durumlar

- Hastanın tedavi planına uymaması
- Motivasyonsuzluk ve kendine bakımda azalma
- Madde kötüye kullanımı
- Aile dinamikleri ve genel/ortak baş etme stillerinde sorunlar
- Yetersiz sosyal ve ekonomik destek
- Acil psikiyatrik bakım ve gerektiği zaman hastaneye yatırma
- Bilgi ve destek yetersizliğine ilişkin sorunlar

Hasta bakımında ailelerin karşılaştıkları güçlükler;

Şizofren hastaların tekrarlı hastane yatışları (hastaneye yatış birey ve ailenin sorunla baş edemediğinin, duruma uyum yapamadığının bir göstergesidir). Ailenin hastanın yaşadıkları sorunlarla baş edememesi, hastanın toplumda üretken bir yaşam sürdürememesi, düzenli ilaç kullanımının olmaması, hastalık süreci ve tedavisi hakkında bilgi yetersizliği, hasta ve ailesinin yaşadıkları sosyal izolasyonun artması, hastaların çoğunlukla iletişim, beslenme, uyku gibi günlük yaşam aktivitelerini sürdürememesi ve gereksinimlerinin karşılanmasında çevresine bağımlı olmaları aileye ek yük getirmektedir.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Müge ÇABUK
Doğum Yeri ve Tarihi : Ankara, 17.10.1987
e-posta Adresi : cabukmuge@hotmail.com

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu
Hemşirelik Bölümü (2005-2009)
Yüksek Lisans Öğrenimi : Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh
Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (2010-)

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Bilimsel Faaliyetleri : Çabuk M, Arslantaş H. Erken Başlangıçlı Şizofreni Tanısı
Almış Bireye Orem Öz Bakım Modeline Göre Hemşirelik Bakımı Verilmesi: Bir Olgu
Sunumu. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi” 4-7 Ekim 2012,
Erzurum

Çetinkaya Ş, Sarıyar B, Çabuk M, Şahin P, Arslantaş H. Bir Psikiyatri Kliniğinde Olgu
Sunumuna Çıkan Hastaların Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA Tanılarına
Göre Hemşirelik Tanılarının Değerlendirilmesi, II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri
Hemşireliği Kongresi” 4-7 Ekim 2012, Erzurum

Çabuk M, Arslantaş H, Adana F, Dereboy İF. Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Cinsel
İstismar Yaşama Durumu Ve Kişilerarası İlişki Tarzları, 49. Ulusal Psikiyatri Kongresi,
24-28 Eylül 2013, İzmir

İş Deneyimi

Çalıştığı Kurumlar : Ocak, 2010 - Halen devam ediyor: Adnan Menderes
Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi

TEŞEKKÜR

Araştırma ve eğitimim boyunca beni değerli bilgileri ve tecrübeleriyle yönlendiren, hiç bir desteğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a, eğitime katkı sağlayan hocalarım Doç. Dr. Fatma DEMİRKIRAN, Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA, Prof. Dr. İ. Ferhan DEREBOY, Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY ve Prof. Dr. Mehmet ESKİN'e sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Araştırmam süresince gösterdikleri anlayış ve yardımları için hemşire arkadaşlarıma, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ve bakım vericilerine teşekkür ederim.

Son olarak hiçbir fedakarlıktan kaçınmayarak bu günlere gelmemi sağlayan ve hayatımın her aşamasında beni destekleyen sevgili annem Günay ÇABUK'a, sevgili babam İlhan ÇABUK' a, canım kardeşim Bilge ÇABUK'a, her zaman yanımda olan, sevgisini, desteğini ve anlayışını hiç esirgemeyen, varlığıyla hayatıma anlam katan nişanlım Berker BULUT'a sevgi ve şükranlarımı sunarım.