

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ ERGENLİK DÖNEMİNDEKİ
ÇOCUKLARININ RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN ETMENLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YAKUP DÜNDAR

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**MERSİN
ARALIK - 2016**

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ ERGENLİK DÖNEMİNDEKİ
ÇOCUKLARININ RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN ETMENLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YAKUP DÜNDAR

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

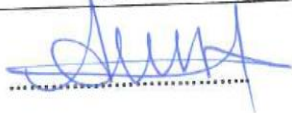

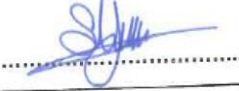
**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ**

**MERSİN
ARALIK - 2016**

ONAY

Yakup DÜNDAR tarafından Yrd.Doç.Dr. Serpil TÜRKLEŞ danışmanlığında hazırlanan "Şizofreni Hastalarının Ergenlik Dönemindeki Çocuklarının Ruh Sağlığını Etkileyen Etmenler" başlıklı bu çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından oy birliği/çokluğu ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Doç.Dr. Arzu YILDIRIM	
Üye	Doç.Dr. Mualla YILMAZ	
Üye (Danışman)	Yr.Doç.Dr. Serpil TÜRKLEŞ	

Yukarıdaki jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitü Yönetim Kurulu'nun 11/01/2017 tarih ve 2017/29 sayılı Kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Banu COŞKUN YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü



Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.

ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi

beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

21 Aralık 2016 /21 December 2016

İmza / Signature



Yakup DÜNDAR

ÖZET

Bu çalışmada şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenlerin ruhsal durumunun değerlendirilmesi ve ruh sağlığını etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini, Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 16 Ocak-1 Haziran 2012 tarihleri arasında yatarak tedavi gören en az bir yıldır şizofreni tanısı almış hastaların çocukları oluşturmaktadır (N=603). Araştırmanın örneklemini; 15-25 yaş arası, psikiyatrik tanı almamış, hasta ile birlikte son bir yıldır aynı evi paylaşan, diğer ebeveyne ya da kardeşlerinde bakım gereksinimi olmayan, bilişsel durumu soruları yanıtlayabilecek durumda olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü ergenler oluşturmaktadır (n=117). Araştırmada veriler, ergenlerin tanıtıcı bilgilerini içeren "Anket Formu", genel ruhsal durum değerlendirmesi için "Kısa Semptom Envanteri" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, frekans, yüzde dağılımları, student t testi, Ki-kare testi, Anova ve post hoc tukey testi kullanılmıştır.

Ergenlerin, %29,9'unun şizofreni hastası ebeveyninin bakımıyla ilgilendiği, %53,8'inin yakın çevresinden ya da akrabalarından destek görmediği, % 52,2'sinin hasta olan ebeveyne ile toplum içerisinde dışarda görülmekten rahatsızlık duyduğu ve %32,5'inin sigara ve %12,8'inin alkol içtiği tespit edilmiştir. Ergenlerin anksiyete puan ortalamaları 6,18±5,11, depresyon 7,27±5,75, olumsuz benlik 5,1±5,5, somatizasyon 2.87±3.46 ve hostilite 3,5±2,65, Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Belirti Toplamı İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları sırası ile 4,7±3,94, 20,93±12,37 ve 1,16±0,41 bulunmuştur. Erkek ergenlerin kızlara göre, tek ebeveynli ergenlerin çekirdek ve geniş aileye göre, sadece babası hayatta olan ergenlerin, ailesini baskıcı olarak nitelendirenlerin, anne babasının geçim durumunu "kötü" olarak nitelendiren ve ara sıra kavga ettiklerini belirten ergenlerin ve babası hasta olan ve evde şiddet uygulayan ergenlerin daha fazla ruhsal semptom gösterdikleri belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05, p<0.01, p<0.001).

Bu sonuçlar doğrultusunda, şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenlere şizofreni hastalığı olan bireyin evde bakımı, damgalanma ile mücadele ve madde bağımlılığından korunma yolları gibi konularda hemşireler tarafından eğitimler düzenlenmesi önerilmektedir. Ayrıca hemşirelerin ve öğretmenlerin müdahale ve yaklaşımlarında şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenlerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen faktörleri (tek ebeveynli, sadece babası hayatta olan, baskıcı aileye sahip, anne babası geçinemeyen, hasta babası evde şiddet uygulayan ve erkek ergenler) göz önünde bulundurmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni hastası, ergenlik dönemi, çocuk, ruh sağlığı, hemşirelik.

Danışman: Yr.Doç.Dr. Serpil TÜRKLEŞ, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin

ABSTRACT

The aim of this study was evaluation of mental health status of schizophrenic patients' children who are in puberty age and related factors which affect their mental health. This study's population consists of the children of the schizophrenic patients who have been treated with inpatient treatment at least a year in Adana Dr. Ekrem Tok Mental Health Hospital (n=603). This study's research sample consists of the adolescents who are between the ages of 15- 25, didn't get psychiatric diagnose, have been lived with the patient last year, don't have any physical or mental disease that will maket hem indegent to any of the family member, have the mental maturity to answer the asked questions and willing to attend to this study (n=117). The data of this study has been collected by using 'a questionnaire' which consists of the information that introduce us the adolescents and 'a short symptom inventory' for the general mental state evaluation. In data evauation; avarage, standard deviation, frequency, percentage distribution, student t test, chi square test, anova, past hoc tukey test and cronbach alpha coefficient are used.

It is confirmed that 29% of adolescents are taking care of their parents who are schizophrenic patients, %53.8 of them don't get support from their relatives or acwuintances, %52.2 of them are disturbed to be seen with their mentally ill parents in public and % 32.5 of them smoke cigarettes, %12.8 of them use alcohol. The mean scores of scales respectively; anxiety was $6,18\pm5,11$, Depression was $7,27\pm5,75$, negative self-perception was $5,1\pm5,5$, somatization was $2,87\pm3,46$, hostility $3,5\pm2,65$, Global Severity Index was $4,7\pm3,94$, Positive Symptom Total was $20,93\pm12,37$, Positive Symptom Distress Index was $1,16\pm0,41$. According to the girls of male adolescents, single parented adolescents were found to have more mental symptoms than the core and extended family. Only adolescents whose father is alive, those who describe the family as oppressive, adolescents who describe their parents' livelihood as "bad" and occasionally fighting, and adolescents whose father was sick and who were violent at home showed more mental symptoms.

According to these findings, it is suggested that the nurses should give trainings to the adolescents who have got schizophrenic parents on some topics such as the care of the schizophrenic patients and struggling with stigmatizing and protection of drug addiction. Furthermore, while interferencig and approaching to the adolescents who have got schizophrenic parents, the teachers and the nurses should take into consideration of the factors which affects the adolescents mental health in a bad way.

Key Words: Schizophrenic patient, Puberty age, Children, Mental health, Nursing

Advisor: Yr.Doç.Dr. Serpil TÜRKLEŞ, Mersin University, Department of Nursing, Mersin

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın tüm aşamalarında sürekli destek ve ilgisiyle tezin yazımından son şeklini almasına kadar bilgi ve deneyimlerini aktaran, zorlukları kolaylaştıran, yoğun çalışma programı içinde danışmanlığımı yürüterek bu çalışmanın bitirilmesinde çok değerli katkılarını ve desteklerini esirgemeyen sevgili hocam **Sn. Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ'e**, Tez çalışmamın veri toplama aşamasında bana yardımcı olan değerli arkadaşım **Çiğdem SEZGİN'e**,

Çalışmam sırasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan **Dr. Saliha BOZDOĞAN ve Psk. Pınar Merih TEKBAŞ'a**

Çalışmama gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm şizofreni hastalarının çocuklarına ve ailelerine,

Yaşamım boyunca her anlamda benden hiçbir desteği esirgemeyen, sabrı ve güven veren davranışlarıyla her an yanımda olan, benden hiç vazgeçmeyeceğini bildiğim saygıdeğer ve çok kıymetli eşim **Zilan DÜNDAR'a**,

Yaşadığım tüm olaylarda, iyi yada kötü aldığım kararlarda her zaman bana destek olan, yardımlarını esirgemeyen **canım aileme**,

TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	ii
ONAY	iii
ETİK BEYAN	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	x
KISALTMALAR ve SİMGELER	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreni	4
2.1.1. Şizofreninin Tanımı	4
2.1.2. Epidemiyoloji	4
2.1.3. Etyoloji	5
2.1.4. Klinik Belirti ve Bulgular	5
2.1.5. Prognoz	6
2.1.6. Tedavi	7
2.1.6.1. İlaç Tedavisi	7
2.1.6.2. Psikososyal Tedavi Yöntemleri	8
2.2. Ergenlik	9
2.2.1. Ergenlik Kavramı	9
2.2.2. Ergenlik Döneminin Başlıca Özellikleri	9
2.2.2.1. Fiziksel Gelişim Özellikleri	9
2.2.2.2. Bilişsel Gelişim Özellikleri	9
2.2.2.3. Duygusal Gelişim Özellikleri	10
2.2.2.4. Sosyal Gelişim Özellikleri	10
2.2.3. Ergenlik Döneminde Sık Görülen Ruhsal Problemler	10
2.2.3.1. Depresyon	10

2.2.3.2.Yaygın Anksiyete Bozukluğu	10
2.2.3.3.Somatizasyon Bozukluğu	11
2.2.3.4. Davranım Bozukluğu	11
2.2.3.6. Madde Bağımlılığı	11
2.3.8. Obsesif Kompulsif Bozukluğu	12
2.3. Şizofreni ve Aile	13
2.3.1. Şizofreni Hastası Ebeveynin Çocuğu Olmak	13
2.3.3. Şizofreni Hastası Ebeveynin Çocuklarında Ruhsal Problemleri Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları	15
3. MATERYAL ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Şekli	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	17
3.3. Araştırmanın Evreni	17
3.4. Araştırmanın Örneklemi	17
3.4.1. Araştırma Örneklemine Alma Kriterleri	17
3.4.2. Araştırma Örnekleminden Dışlama Kriterleri	18
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.6. Verilerin Toplanması	18
3.6.1. Veri Toplamada Kullanılan Formlar	18
3.6.2. Kişisel Bilgi Formu	18
3.6.3. Kısa Semptom Envanteri	18
3.6.4. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması	19
3.6.5. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	19
3.6.6. Verilerin Değerlendirilmesi	20
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	20
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
4.BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	34
6.1. Sonuçlar	34
6.2. Öneriler	35
KAYNAKLAR	36
EKLER	42
ÖZGEÇMİŞ	54

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Ergenlerin sosyo-demografik özellikleri	21
Tablo 4.2. Ergenlerin ailesine ait özellikler	22
Tablo 4.3. Ergenlerin hasta ebeveynine ve bakımına ait özellikler	23
Tablo 4.4. Ergenlerin sigara, alkol içme durumu ve arkadaşlık ilişkilerine ait özellikler	24
Tablo 4.5. Ergenlerin kısa semptom envanteri puan ortalamaları	24
Tablo 4.6. Ergenlerin yaş, cinsiyet ve aile tipi durumlarına göre kısa semptom envanteri puanlarının karşılaştırılması	26
Tablo 4.7. Ergenlerin anne babanın aile içi tutumu ve anne babanın geçim durumlarına göre kısa semptom envanteri puanlarının karşılaştırılması	28
Tablo 4.8. Ergenlerin hasta ebeveynin evdeki şiddet durumuna göre kısa semptom envanteri puanlarının karşılaştırılması	30

KISALTMALAR VE SİMGELER

Kısaltma / Simge	TANIM
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
KSE	Kısa Semptom Envanteri
SRI	Semptom Rahatsızlık İndeksi
RCİ	Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi
BTİ	Belirti Toplam İndeksi
OKB	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni çalışması ve tanılanması zor, karmaşık bir bozukluktur. Şizofreni, bireyin duygu, düşünce, davranış, kişilerarası ilişkiler, iş ve sosyal yaşamında ağır bozukluklara, kronik yeti kaybına neden olan, birçok insanı etkileyen yıkıcı psikopatolojik etkileri olan ve ağır ve uzun süren ruhsal bir bozukluktur. [1,2]. Genellikle 45 yaşından önce ortaya çıkar. Erkeklerde daha çok 20-25, kadınlarda ise 25-30 yaşları arasında görülmektedir [3-4].

Yaşam boyu yaygınlığı %1 olarak bildirilen şizofreni psikiyatri kliniklerine başvuruların yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır [5]. Türkiye'de her yıl altı binden fazla bireyin şizofreni tanısı aldığı ve ikiyüz binden fazla ailenin dolaylı olarak bu hastalıktan etkilendiği bildirilmektedir [6-9].

Birçok çalışmada, psikiyatri hastası olan bireylerin ergenlik dönemini yaşayan çocuklarının, kişilik bozuklukları, duygu durum bozuklukları ve ruhsal sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir. [10-12]. Ergenliğin yaş sınırları kesin olmamakla birlikte iki cinsiyet için 13-22 yaş arasını kapsadığı kabul edilir. Unesco yaş aralığını 15-25, Birleşmiş Milletler ise 12-25 olarak belirlenmiştir [13]. Ergenlik, çocuklukla yetişkinlik arasında birçok biyolojik ve sosyal değişimin gözlemlendiği, bir geçiş dönemidir [14-15]. Bu dönemde, bedensel ve cinsel gelişimin yanı sıra toplumsal, duygusal ve düşünsel gelişim, kişilik bütünlüğü ve benlik bilinci kazanılır [16]. Ergenlik dönemindeki toplumsal, duygusal ve zihinsel olgunluklar bedensel gelişimlere temel oluşturmaktadır. [17].

Ebeveynlerin aralarındaki ve ergen ile ilişkileri, ergenin bu dönemde yaşadığı sorunlar ile baş etmesinde önemli yere sahiptir. Özellikle şizofreni hastası anne ya da babaya sahip ergenlerin yaşam koşulları zorlaşabilmektedir. Şizofreninin, sık tekrarlanması nedeniyle bireyin yaşam kalitesini azaltan, aile ve toplumu zorlayan çok yönlü olumsuz etkileri vardır [18]. Toplumun, ruhsal bozukluklara karşı olumsuz düşünce ve davranışları, hasta bireyin ve ailenin etkin yardım almasını engelleyen önemli bir etken olduğundan, bireylerin sosyal kuruluşlardan yararlanmaları yetersiz olabilmektedir. Hastalıktan kaynaklanan damgalanma, ayrımcılık ve yetersizlik nedeniyle hasta bireyler arkadaş edinme ve arkadaşlığı sürdürmede güçlük, iş ve sosyal etkinliklere katılmada zorluk yaşamaktadırlar. Sonuç olarak aile ilişkileri zarar görmekte ve benlik saygısında azalma görülmektedir [8, 19].

Şizofreni hastasıyla yaşayan aile bireyleri hastalığa ilişkin bilgi eksikliği genellikle inkar, kayıtsızlık, kabullenme, boyun eğme, çaresizlik, umutsuzluk gibi etkin olmayan baş etme yöntemleri geliştirmekte ve yardım gereksinimleri artmaktadır. Ebeveynlerde psikopatoloji varlığının çocuklarda genetik eğilimin yanı sıra daha fazla ebeveyn çatışması, daha bozuk anne-

baba-çocuk ilişkisi ve daha yoğun strese yol açarak ruhsal bozukluk gelişme riskini arttırdığı ifade edilmektedir [8, 20]. Şizofreni hastası bireylerin çocuklarında, sağlıklı aileler tarafından evlat edinilmiş olsalar bile, şizofreni gelişme olasılığı, genel nüfusa göre 10-15 kat fazladır. Genetik yatkınlığı, yaşadığı sorunlu aile ortamı ile birlikte, şizofreni hastası bireylerin çocukları ruhsal hastalıklarda daha riskli hale gelmektedir [20-21].

Yaşadığı her dönemde şizofreni anne babaya sahip olmanın zorluğunu yaşayan çocuk, ergenlik döneminde de sağlıklı ailelere sahip çocuklardan daha farklı stresörlere maruz kalabilmektedir. Ergenlik dönemine ilişkin kendisi ile ilgili yaşadığı sorunlarla baş etmeye çalışırken, ebeveynlerinin yerine getiremediği sorumlulukları üstlenmekte ve onların bakımına ilişkin bakım verici rolünü yerine getirmektedir. Bütün bunların sonucunda ruhsal sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir [8,22].

Ruhsal sağlığı olumsuz olarak etkilenen ergenlere yönelik koruma ve tedavi ekip işbirliği içinde olmalıdır [23]. Ergenler ile bağlantıda olan her disiplinin risk gruplarını iyi bilmesi ve gerekli değerlendirmeleri yapabilmesi gerekmektedir. Psikiyatri hemşiresinin bu bağlamda ergen psikolojisini değerlendirebilmesi, ergenlerin yaşadığı sorunların kaynağını belirlemesi ve buna yönelik girişimlerde bulunması önemlidir. Şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenin ruhsal hastalık riski açısından risk grubunda olması psikiyatri hemşiresinin bu gruba yaklaşımlarında daha dikkatli olmasını gerektirir. Ergenin sosyal çevresinde damgalanmaması, aile içerisinde huzurlu olması, okul ve iş hayatında başarılı olması, rollerini yerine getirebilmesi ve aile içerisinde üstlendiği bakım verici rolü ile tükenmemesi için psikiyatri hemşiresine büyük görevler düşmektedir [24-26].

Ayrıca, aile üyelerinin şizofreni hastasının bakımı ile başa çıkarken yaşadıkları stres, sıkıntı ve özellikle başlangıç aşamasındaki utanç sıklıkla ailelerin dağılmasına neden olmaktadır [27]. Türkiye'deki literatür incelendiğinde şizofreni hastalarının çocukları ile yapılmış herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Daha çok ruhsal bozukluğu olan ebeveynlerin aileleri ve çocukları ile çalışılmıştır [10,22,28-34]. Araştırmada elde edilen bulgular şizofreni hastası ebeveyniyle birlikte yaşayan ergenlerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesi ve ruh sağlığını tehdit eden etmenlerin belirlenmesi açısından kuramsal düzeyde önemli bilgiler verebilir. Ayrıca hemşirelere şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenin sorunlarını belirleme ve bakım sürecinde oldukça önemli katkılar sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenlerin ruhsal durumunun değerlendirilmesi ve ruh sağlığını etkileyen etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

- şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenlerin, yaşı, cinsiyeti, aile tipi ile ruhsal durumları arasında fark var mıdır?
- şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenlerin, anne ve babasının yaşama durumu, aile içi tutumu ve geçim durumları ile ruhsal durumları arasında fark var mıdır?
- Hasta olan annenin ve babanın evdeki şiddet durumu ile şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenlerin ruhsal durumları arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni

2.1.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni; dünya nüfusunun önemli bir bölümünü etkileyen, kronik, yaygın, yeti yitimine neden olan ve yıkıcı psikopatolojik etkileri olan bir ruhsal bozukluktur [8, 35]. Şizofreni bireyi fiziksel, emosyonel, kognitif ve ruhsal yönden etkiler, öz bakımında, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerine katılımlarında, okul, iş ve sosyal hayatlarında gerilemelere neden olur [36-37]. Şizofreni, toplumların yaklaşık %1'ini etkilerken, bütün sosyal sınıflardaki insanlarda görülür. Genellikle 25 yaş öncesi görülür ve yaşam boyu sürer [38-40].

Şizofreni, görünümü zaman içerisinde ve hastadan hastaya göre değişkenlik gösteren bir sendromdur [41]. Kişi alışık olduğumuz yorumlama ve algılama biçimlerine karşı yabancılaşmaya başlar, zamanla iç dünyasına çekilir. Şizofreni; bireyi gençlik yıllarından başlayarak çalışma hayatını engellediğinden ve çevresiyle önemli sorunlara yol açabildiğinden, hastalığın toplumlara maliyeti oldukça yüksektir [6,40].

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreni tüm toplumlarda ve coğrafi bölgelerde görülme sıklığı fazla olan bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre şizofreni hastalığının 2010 yılında 15-35 yaş aralığında görülme oranı %0,7 dir. Dünya genelinde 29 milyon Türkiye'de ise 500.000 civarında şizofreni hastası olduğu bildirilmektedir [42-43]. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı verilerine göre psikiyatrik hastalıklar, özürüllükle kaybedilen yaşam yılları hastalık gurubunda ilk sırayı almaktadır [44]. Lewine ve ark. çalışmasında şizofreninin erkeklerde kadınlara göre daha oluşma riski olduğunu bildirmiştir [45]. Ayrıca erkeklerde ilk psikotik atağın 4-6 yaş kadınlara göre daha erken olduğu da açıklanmıştır [46-47].

Şizofreni için İrlanda, İsveç, Hırvatistan ve Kanada'nın bazı bölgelerinde yüksek, Tayvan ve Gana'nın bazı bölgelerinde düşük yaygınlık oranları bildirilmiştir [8]. Şizofreni tanı ölçütleri zaman içerisinde değişmesine rağmen, şizofreninin dünya çapında belirgin farklılıklar göstermeksizin, yaşam boyu prevalansının %0.5 %1,5 (ortalama % 1) civarında olduğu bildirilmektedir [48]. Şizofreni insidansı 100.000'de 10 ile 54 arasında değiştiği bildirilmektedir [8-9]. Hastalık yaygınlığı erkeklerde ve kadınlarda eşit görülmekte, fakat başlama yaşı ve gidişi erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 dir. Kadınlarda prognoz daha iyidir [19]. Şizofreni hastası

kadınların üçte biri erkeklerin yarısından çoğu ilk kez 25 yaşından önce hastaneye yatırılmaktadır [51].

Yüksek sosyoekonomik düzey ve evliliğin hastalığa karşı koruyucu bir unsur olduğu ileri sürülmektedir. Strese neden olan önemli olaylar da risk etkeni olarak görülmektedir [9,10,46,48].

2.1.3.Etyoloji

Şizofreni çok faktörlü ve çok boyutlu bir beyin bozukluğudur. Bu nedenle hastalık yerine sendrom olarak değerlendirilmesi daha doğru olur. Her hasta farklı klinik belirti gösterir, farklı tedavilere yanıt verir ve seyri farklılık gösterir [48]. Genetik yatkınlığı aile, ikiz ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur. Hastalığa yatkınlık, şizofren bir bireyi olan ailelerde normal popülasyondan daha yüksek oranda görülmektedir. Hastaya akrabalık derecesi arttıkça risk de artmaktadır. Hasta bireylerin ebeveynlerinde %5-10, kardeşlerinde %8-14, çocuklarında %9-16 olduğu bildirilmektedir. Eğer her iki ebeveyni de şizofreni ise bu oran %46 oranındadır [48-49].

Şizofreni oluşumuyla ilgili varsayımlar;

- Nörogelişimsel varsayım: beyin gelişimi esnasında oluşan bir hastalıktır.
- Nörodejeneratif varsayım: beyinde devam eden ve dejenerasyona neden olan patolojik bir durumdan bahsedilmektedir.
- Gecikmiş karma düzenekleri: çeşitli anormalliklerin, adolesan/erken erişkinlik döneminde beyindeki nöral bağlantıları etkileyip anormal kortikal bağlantıların oluşmasına ve bunun da belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabileceği ileri sürülmektedir.

2.1.4. Klinik Belirti ve Bulgular

Şizofreni hastalığında tanı koydurucu tek bir bulgu yoktur. Belirtiler başka bir psikiyatrik rahatsızlıkta da görülebilir, aynı hasta farklı zamanda farklı belirti gösterebilir ve kişinin eğitim düzeyi ve kültürel yapısı da etkili olabilmektedir [10,48].

Şizofreninin belirli bir başlangıç şekli yoktur. Genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Psikotik nöbetten önce sıklıkla fark edilmesi zor, sinsiz, ilerleyici bir dönem vardır. Hastalık öncesinde şizofrenik bireyde genellikle şizoid ve şizotipal kişilik özelliklerinin bulunduğu açıklanmaktadır [48-49]. Hastalar hastalık öncesinde içe-dönük, sessiz, pasif, uysal, aşırı utangaç, arkadaşı az, yalnızlığı tercih eden, ilgileri sınırlı, stres karşısında kolay incinen, güvensiz kişiler olarak tanımlanmaktadırlar. Ayrıca aşırı şekilde bedeniyle, organlarıyla uğraşma, sık öz doyurum yapma, dinsel düşüncelerde artma, zaman kavramını önemsemem,

anlamsız davranışlar ve konuşmalar, farklı algısal deneyimler ve takıntılı uğraşlar hastalık öncesinde tanımlanan belirtiler arasında yer almaktadır. Zamanla hastanın dış dünya ile bağının koptuğu gerçeklerden uzaklaştığı, içine kapandığı, daha çok belirtilerin ortaya çıktığı açıklanmaktadır [48-50].

Hastaların büyük kısmında belirgin bir duyarsızlık, ilgisizlik, katatoni ve çekingen bir görünüm vardır. Ayrıca enerji ve dürtü kaybı söz konusudur. Hareketi başlatma ve sürdürmede yetersizdirler. Bu nedenle özbakımda yetersizlik, sosyal ilişkilerde bozulma ve düzenli bir iş ya da okul yaşamını sürdürmekte güçlük söz konusudur [8]. Davranış biçiminde tutarsızlık, öngörülemeslik, olağandışılık ve uygunsuzluk yönünde değişiklikler gözlenmektedir. En çok görülen ve önemli belirtiler eylemlerde azalma, büyük ilgisizlik, toplumdan soyutlanmadır [10].

Hastaların genellikle kendilerine özel, anlaşılması güç, mantık kurallarına dayalı bir düşünce biçimleri bulunmaktadır. Düşüncelerinde birbiriyle çelişen kavramlar bir arada bulunabilmektedir. Düşüncenin akışında durmalar, bir düşünceden bir başka düşünceye sapmalar, düşüncede ilgisiz ve gereksiz birçok ayrıntıya yer verme görülmektedir. Ayrıca soyut kavramların somut bir şekilde yorumlanması da saptanan belirtiler arasındadır. Düşünce içeriğinde sanrı en belirgin belirtidir. Sanrılar kişinin kültürel geçmişi ile açıklanamayan yanlış inanışlarıdır. Genellikle kötülük görme, kıskançlık, büyüklük, referans, suçluluk, dinsel sanrılar ve somatik sanrılara rastlanmaktadır [10].

Şizofreni hastalarının %25'inde herhangi bir dönemde depresif belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler akut alevlenme ve psikozdan çıkış dönemlerinde daha sık görülmektedir. Duyguların dışavurumunda ve duygusal tepki vermede yetersizlik söz konusudur. Duygulanım düz, künt, uygunsuz ve ambivalenttir [51-52].

2.1.5. Prognoz

Şizofrenide prognozla ilgili olarak yapılan çoğu çalışmada hastalığın gidişinin değişken olabileceği, bazı kişilerin alevlenmeler (şizofrenik epizodlar) ve yatışmalar (remisyon) gösterirken diğer bazılarının kronik hasta olarak kaldıkları açıklanmaktadır. Işık'ın aktardığına göre Shepherd ve ark. (1984) yaptıkları 5 yıllık bir takip araştırmasında, hastaların %13'ü sadece 1 kere hastalanıp düzelmiş, %30'u arada tamamen düzelen epizodlar geçirmiş, %47'sinde her alevlenmede belirtiler gitgide artmıştır. Ayrıca Işık E.'nin bildirdiğine göre Watt ve ark. (1993) yaptıkları çalışmada ilk ataktan sonraki 5 yılda, olguların sadece %16'sı hastaneye yatmamış, %32'si belirtiler olmaksızın tekrar hastaneye yatırılmış, %43'ü belirtilerde artışlar nedeni ile hastaneye tekrar tekrar yatmıştır [9].

2.1.6. Tedavi

Şizofreni hastalığında uygun tedavi yöntemleri kullanılarak, hastaların yaklaşık %25'inin büyük oranda düzelme gösterdiği ve topluma uyum sağlayarak hayatlarını devam ettirdikleri, yaklaşık %50'sinin daha az düzelme gösterdiği bireyin desteklenmesi gerektiği açıklanmaktadır [3]. Şizofreninin tedavisinde biyolojik, psikolojik ve sosyal yöntemlerin birlikte kullanıldığı çok yönlü ve bireye özgü tedavi yaklaşımlarının daha etkili olduğu belirtilmektedir. Bu tedavi yaklaşımı üç temel bileşeni içermelidir.

- Belirtileri hafifletmek ve alevlenmeleri önlemek için ilaçlar
- Hasta ve ailelerine sorunları çözmede, stresle baş etmede ve alevlenmeleri önlemede yardımcı olmak için eğitim ve psikososyal girişimler.
- Hastaları topluma yeniden kazandırmak, eğitim ve iş alanlarında işlevselliği yeniden elde etmek için toplumsal rehabilitasyondur [3,53].

Şizofreni tedavi ve rehabilitasyonunda amaç; şizofreninin negatif ve pozitif semptomlarını iyileştirmek, relapsları önlemek ya da geciktirmek, aile ve toplum için zorlayıcı olan davranışları ortadan kaldırmak ya da azaltmak, aile üyelerinin, bakım verenlerin ve diğer bireylerin baş etme becerilerini ve kapasitelerini güçlendirmek, semptomlardaki süreklilik ve oluşan yeti kayıplarına rağmen optimal bireysel işlevselliğe olanak sağlayan sosyal hizmet ve toplumsal desteği sağlamaktır [3,10,53].

2.1.6.1. İlaç Tedavisi

Şizofrenide özellikle akut dönemde antipsikotik ilaç kullanımı tedavinin temelini oluşturmaktadır [10]. 1950'de bulunan ve psikiyatride yeni bir dönemin başlamasına neden olan klorpromazin günümüzde hala tedavide yer almaktadır. Geçen sürede bir çok antipsikotik ilaç üretilmiş psikotik hastalıkların tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır [54].

Günümüzde antipsikotikler tipik ve atipik antipsikotikler olarak iki grupta ele alınır [1]. Dopamin reseptör antagonisti olan tipik antipsikotiklerin daha çok pozitif semptomlarda etkili olması, hasta odağının az olması ve parkinsonizm, akut distoni, akatizi ve tardiv diskinezi gibi ekstrapiramidal yan etkilerin fazla olması kullanımını kısıtlamaktadır. Bu nedenle serotonin-dopamin reseptör antagonistleri olan atipik antipsikotikler kullanılmaya başlanmıştır [40]. Klozapinle başlayan atipik antipsikotik ilaç kullanımı sağaltımda başarıyı arttırdığı için bu yeni kuşak antipsikotiklere ilgiyi arttırmış son 20 yılda olanzapin, risperidon, ketiapin gibi çok sayıda yeni etken maddeler bulunmuştur [43].

2.1.6.2. Psikososyal Tedavi Yöntemleri

Şizofreni çok yönlü etkileri olan bir hastalık olduğundan düzenli ilaç kullanılmasına rağmen alevlenmelerin tekrarlanması bazı belirtilerin tamamen kaybolmaması farmakolojik tedavinin yeterli olmadığını düşündürmektedir [55]. Şizofreni hastalarında farmakolojik ve psikososyal tedavinin birlikte kullanılmasının önemi vurgulanmaktadır [9-10]. Şizofrenide kullanılan psikososyal tedaviler arasında olgu yönetimi, uğraşı terapisi, grup tedavileri, psikoeğitim, aile terapileri, bireysel ve grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri yer almaktadır [55-56].

Psikososyal rehabilitasyon kapsamında yapılan bu tedaviler, ağır yeti yıkımı olan hastalara sosyal, mesleki ve ailevi rollerini en az yardımla yerine getirebilecek gerekli becerileri edinmeyi ve bu süreçte onlara gerekli toplumsal desteği sağlamayı amaçlamaktadır [42]. Rehabilitasyona ailelerin katılması hastalıktan ve beraberinde gelen sorunlardan daha az etkilendikleri açıklanmaktadır [57].

Kapsamlı bir rehabilitasyon programında değerlendirme, eğitim, bireysel ve toplumsal yaşam alanlarının düzenlenmesi yer almalıdır [58]. Rehabilitasyon programları ile hastanın kendi tedavisini yürütmesi, kendine bakım, aile ve arkadaş ilişkileri, iş arama, işi sürdürme, yeni meşguliyet alanları yaratma, para idaresi, alışveriş teknikleri, ev idaresi, ulaşım, zevk verici etkinliklere katılma, mutfak idaresi gibi alanlarda beceri geliştirme ile hasta bireyin ve ailesinin yaşam kalitesini arttırmak amaçlanmaktadır [58-59].

Hastası rehabilitasyonda olan ailelerin daha düşük düzeyde yük yaşadıkları açıklanmakta ve rehabilitasyon uygulamalarıyla bakım verenlerin sağlığının korunabileceği vurgulanmaktadır. Rehabilitasyon biyolojik psikiyatrinin, psikososyal tedavilerin (bireysel, grup, bilişsel davranışçı, destekleyici terapiler ve aile yaklaşımları), sosyal beceri eğitiminin, uğraş tedavisinin, gündüz hastanesi uygulamalarının, özelleşmiş yaşam alanlarının, dernek-kulüp gibi sivil-sosyal örgütlenmelerin ve endüstriye yönelik programların bir entegrasyonu olmalıdır [58]. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın psikiyatrik hastaların rehabilitasyonuna yönelik bir politikası yoktur ve hastalar ve aileleri hastalıkla mücadelede yeterli desteği görememektedirler.

2.2. Ergenlik

2.2.1. Ergenlik Kavramı

Ergenlik, fiziksel, cinsel ve psikososyal gelişmenin yaşandığı çocukluktan yetişkinliğe geçildiği toplumsal etkilerin en fazla önemli olduğu gelişim evresidir. Bu döneme “adolesan dönem” de denilmektedir [60-62].

Fizyolojik değişimler ve bedensel gelişim yetişkin görünümüne yaklaştırmaya başlar ve bu hızlı değişim beraberinde bir dizi psikososyal değişmeyi zorunlu kılar. Ergen yeni bir süreklilik ve aynılık duygusu geliştirmeye başlar. Erikson buna kimlik oluşturma süreci adını verir. Gencin karşısına çıkan farklı toplumsal rolleri denemesi farklı yetenekler geliştirmesine yol açar. Böylece hem kendisinin hem de toplumun gözünde kim olduğuyla ilgili benzer fikirler oluştuğunda güvenli bir kimlik duygusu oluşmuş olur [63-65].

Ergenlik döneminin yaş aralığı ile ilgili farklı görüşler de vardır. UNESCO'ya göre 15-25, Birleşmiş Milletler Örgütü'ne göre ise gençlik çağı 12-25 yaşları arasındadır [66].

2.2.2. Ergenlik Döneminin Başlıca Özellikleri

2.2.2.1. Fiziksel Gelişim Özellikleri

Ergenlikte psikolojik değişimle birlikte hızlı fiziksel değişim görülür [63]. Fiziksel gelişim en çok boy ve kilo, iskelet gelişimi ve hormonal değişikliklerde dikkat çeker. Bu dönemin en büyük kaygısı, pubertenin gecikmesivle özellikle erkeklerde boyun kısalığıdır. Bu durum genellikle genetik olduğundan normal bir varyanttır. Genetik etkenler Pubertenin başlama zamanını her iki cinsiyette de büyük oranda etkiler. Genel olarak hızlı boy uzaması kızlarda 11, erkeklerde 13 yaşlarında olur [67-68].

2.2.2.2. Bilişsel Gelişim Özellikleri

Ergenlik döneminde somut düşünce değişir ve soyut düşünce gelişir. Soyut düşüncede, karşılaştığı sorunları zihninde farklı mantıksal sonuçlara ulaştırır ve sistemli bir şekilde çözer. Artık olayların nedenlerini araştırmaya başlanır [63]. Soyut işlemler dönemini ergenliğe giren tüm bireylerin tamamlayamadığı bilinmekte ve bilişsel stratejiler belirli eğitimlerle geliştirilebileceği bildirilmektedir [69]. Ergenlerin yeni buldukları geleceği varsayımlar aracılığı ile görme ve karmaşık sorunlara farklı çözümler bulmaları, kendi hayatlarına derin değişimler getirmektedir [63].

2.2.2.3. Duygusal Gelişim Özellikleri

Bu dönemde ergenin duygularının yoğunluğunda artma ve aynı zamanda istikrarsızlık göze çarpar [13]. Utangaçlık aşık olma, fazla hayal kurma, huzursuzluk, yalnız kalma isteği, çalışmayı istememe ve çabuk heyecanlanma gibi duygulanım durumlarında dalgalanma görülür. Ergenlerin buldukları yaş grubu, okul ve aile durumlarına, çevreye uyumlarına ve zekalarına göre duygusal problemleri değişiklik gösterebilmektedir [60].

2.2.2.4. Sosyal Gelişim Özellikleri

Sosyal gelişim kişinin toplum kurallarına uygun davranmayı öğrenme biçimidir. Bu süreç ilk olarak çocukluk çağında ailede başlar ve daha sonra ergenlik döneminde okul yaşamı ve arkadaş çevresi ile devam eder [66]. Sosyal gelişim, toplumun beklentileri ile paralellik gösteren davranışlar olarak tanımlanabilir. Sosyalleşme ise bu davranışları geliştirerek uygulamasına dayanır [70].

2.2.3. Ergenlik Döneminde Sık Görülen Ruhsal Problemler

2.2.3.1. Depresyon

İlk depresyon dönemi 25-44 yaşları arasında olmasına karşın çocukluk ve ergenlik döneminde de ortaya çıkabilir [71]. Günümüzde depresif bozuklukların etiolojisinde genetik, nörokimyasal, psikososyal gibi etkenlerin rol aldığı düşünülmektedir. Depresyon çocuklarda ve ergenlerde önemli, süregelen ve tekrarlayıcı bir sağlık sorunu olup okul başarısını, aile ve arkadaş ilişkilerini etkileyen bir ruhsal durum bozukluğudur [72-73].

Ergenlerde depresyon, okul hayatında başarısızlığa, arkadaşlık ilişkilerinde bozulma, sigara-alkol-madde kullanımına, ailede huzursuzluklara ve intihar girişimleri gibi ciddi sorunlara yol açabilir [72-75].

2.2.3.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu geçmiş ve gelecek olaylarla ilişkili kontrol edilmesi güç ve aşırı endişe ile karakterizedir. Yetişkinlerde olduğu gibi ergenlerde de sık görülen bir bozukluktur. Yaygın anksiyete bozukluğunda genetik etmenlerin etkili olduğu düşünülmektedir [24, 63].

Ergenlerde en sık görülen belirtiler gerginlik hissi, endişeli beklentiler, olumsuz kendilik imajı, onaylanma ihtiyacı, iritabilite ve fiziksel yakınmalar olduğu ve cinsiyete göre farklılık göstermemektedir [76].

2.2.3.3. Somatizasyon Bozukluğu

Organ bozukluğu ya da organik bir neden olmaksızın bireyin fiziksel şikayetler ile yakındığı bir durumdur. Çocuk ve ergenlerde daha çok mide bulantısı, karın ve baş ağrısı gibi somatik belirtiler görülür [77]. Somatizasyonu olan çocuk yada ergenler ruhsal sıkıntı ve gerginliği bedensel yada fiziksel şikayetlerle göstermektedirler [63].

2.2.3.4. Davranım Bozukluğu

Davranım bozukluğu, sürekli artan saldırganlık ve kişilerin haklarının ihlal edilmesi ile karakterize bir durumdur. Davranım bozukluğu dört grupta ele alınır.

- 1- Fiziksel saldırganlık veya insanlara zarar verme,
- 2- kendine ya da başkasına ait mallara zarar verme,
- 3- Hırsızlık ya da dolandırıcılık,
- 4- Kuralları çiğneme.

Bu davranışları evde, okulda ya da çalıştığı ortamda gösterebilir. Davranım bozukluğu tanısı konulması zordur. Ergenliğin getirdiği asi davranışlar ile ayırt edilmesi gerekmektedir. Davranım bozukluğu olan ergenlerde, pişmanlık olmaz, empati kuramaz, duygularını belli edemez ve beceri konusunda endişelenmezler. Davranım bozukluğunun ergenliğin bitmesi ile son bulduğu düşünülmektedir. Erişkinlikte devam eden davranım bozuklukları antisosyal kişilik bozukluğuna dönüşmektedir [63, 66, 67].

Davranım bozukluğunun tedavisi çok zordur. Sorunlu davranışlara neden olan çevrenin dahil edildiği çokyönlü terapiyle daha etkili sonuçlara ulaşılabilir. Belirli bir ilaç tedavisi yoktur daha çok belirtilerine yönelik semptomatik ilaç tedavisi uygulanır [63].

2.2.3.6. Madde Bağımlılığı

Madde bağımlılığında ilk kullanım genellikle ergenlik döneminde olur. Ergenin kişiliği, ilgisiz ya da baskıcı aile yapısı, arkadaş çevresi, düşük sosyoekonomik düzey, davranım bozukluğu, depresyon gibi durumlar madde kullanım riskini arttırmaktadır.

DSM V' e göre aşağıda belirtilenlerin en az üçünün olması bireyin madde bağımlısı olarak tanımlanması için yeterlidir [78].

- Bağımlı olunan maddeye karşı son 1 yıl içinde bir tolerans geliştirilmiş olması.
- Yoksunluk belirtileri göstermek ve bundan kurtulmak için bağımlı olunan maddeyi veya benzerlerini almak.
- Düşündüğünden yüksek dozlarda ve uzun dönemlerde maddeyi kullanmak.
- Madde kullanımından kurtulmak veya kontrol altına almak için devamlı çaba içinde olmak.
- Maddeyi bulmak, kullanmak ve etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcamak.
- Maddeyi kullanmaktan dolayı sosyal, mesleki ve serbest zaman etkinliklerinde azalma veya bu etkinlikleri terk etmek.
- Kullanılan maddeden dolayı fiziksel veya psikolojik sorunların varlığına rağmen madde kullanımına devam etmek.

2.2.3.8. Obsesif Kompulsif Bozukluğu

Obsesif kompulsif davranışlar çocuk ve ergenlerde oldukça yaygın görülür. Çocuklarda en sık kirlenme, kendine ya da ailesine zarar geleceği korkusu ve simetri obsesyonudur. Bunlara eşlik eden kompulsiyonlar ise yıkama, kontrol etme, sayma, tekrarlama ve dokunma davranışlarıdır [77].

Hastalığın tedavisinde ilk müdahaleye cevapsızlık kronikleşmeyi arttırmaktadır. Tik ya da duygu durum bozukluklarının eşlik etmesi hastalığın şiddetini arttırabilmektedir. Erken yaşta başlangıç, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, hastalığın uzun sürmesi gidişi ağırlaştırıcı faktörlerdendir [79-81].

2.3. Şizofreni ve Aile

Şizofrenide iki yönlü bir ilişki söz konusudur. Hastalık sürecinin aile üzerine, aile ilişkilerinin de hastalık üzerine etkileri vardır. Şizofreniden etkilenme, yakınlığın derecesine ve yoğunluğuna; rahatsızlığın türü, süresi ve şiddetine, toplumun kültürü gibi özelliklere bağlı olarak değişmektedir [82-84].

Hastanın yaşadıkları sorunlarla baş edememesi, iletişim, beslenme, uyku gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi, hastanın çalışamaz duruma gelmesine bağlı gelir kaybının olması, düzenli ilaç kullanımının sürdürülememesi, hastalık süreci ve tedavisi hakkında bilgi yetersizliği, hasta ve ailesinin yaşadıkları sosyal izolasyonun artması aileye ek yük getirmektedir [85-87]. Bu yük duygusu şizofreninin hangi dönemde olduğuyla yakından ilişkilidir. Hastalık ile ilk defa karşılaşan aile bireylerinde şaşkınlık ve endişe olurken, defalarca hastaneye yatırılmış bireyin ailesinde tükenmişlik olabilmektedir [88-91].

Ailenin hastalık hakkındaki bilgi eksikliği, hasta bireye karşı yargılayıcı bir tutum içerisine girmelerine ve tedavinin bilmeden uzamasına neden olabilir. Ayrıca utanma duygusu ve damgalanma korkusu ailenin hastalık ile yardım almadan mücadele etmelerine ve hastaneye başvurmadan kaçınmalarına neden olmaktadır [84-85].

Hasta bireyin hastaneye yatışı ailenin hastalık ile etkileşiminin en yoğun olduğu dönemlerden biridir [89]. Hasta birey ve ailenin işlevselliğinde azalma olduğunda ve işin içinden çıkılmaz bir hal aldığı anda hastaneye yatış kararı verilir. Hasta ile ailenin diğer üyeleri arasında yıkıcı bir ilişki başlamıştır. Bu durumda aile zarar görmüş olabilir. Aileler kendilerini sorumlu hissederler. Ruhsal hastalıklar konusunda toplumun bilgi eksizliği ve mitlerin yaygınlığı hasta ve ailesinin damgalanmasına neden olmakta ve ailenin yükünü arttırmaktadır. Aileler, yetersizlik, suçluluk ve utanç duygularıyla hastaneye başvururlar. Başvuru esnasında hastayla ilgili bilgi suçlayıcı tarzda alınması ailenin suçluluk duygularını artırır [92]. Aile ile tedavi ekibi arasında işbirliğinin kurulması hasta taburcu edildikten sonraki bakımını ve tedavisinin devamını en üst düzeyde tutacaktır [89].

2.3.1. Şizofreni Hastası Ebeveynin Çocuğu Olmak

Haukka Çalışmasında Şizofreni hastalarının %30 ila 50'sinin en az bir çocuğa sahip olduğunu bildirmiştir [36]. Bu çocuklar için aile yaşamı karmaşık ve zorlayıcıdır [93]. Şizofreni hastalığı olan ebeveynin çocukları şizofreni ve diğer bilişsel, psikolojik ve sosyal sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır [11-12]. Postpartum akıl hastalığı çocuğun erken gelişimini ve güvenli bağlanmayı etkileyebilir, bu da daha sonraki çocukluk döneminde daha düşük sosyal yeterliliğe ve çalışma verimliliğine neden olabilir. Terzian çalışmasında, şizofreni hastası ebeveynin

çocuklarında daha fazla nörolojik ve motor problemlerin görüldüğünü, çocuklardaki zihinsel bozukluğun erkeklerde %24.8, kadınlarda %16.5 oranında olduğu bildirilmiştir [94-95].

Aile bireylerinin etkileşimi ve yaşam şekli çocuklardaki risk faktörünü arttırmaktadır [28]. Ebeveyninde şizofreni olan çocuklar, annelerinin davranışlarını öngörülemez, acayip utanç verici ve korkutucu olarak algıladıklarını belirtmişlerdir [96-97]. Bateson tarafından tanımlanan ikili çıkmazda, çocuk anne babasından duyguları, tutumları, davranışlarıyla ilgili çelişkili iletiler alır. Bu iletilerden hangisine göre davranacağını bilememekte ve bir çıkmaza girmektedir. Çocuk bu karmaşadan kaçmak için kendi psikotik dünyasını yaratır [98].

Ergenlerin şizofreni ile ilgili bilgi eksiklikleri, hastalığın belirtileri ve nedenleri hakkında yanlış düşüncelere kapılmalarına, hasta olmayan ebeveyn ile zorluklar yaşamalarına ve strese neden olmaktadır [35]. Ergenler, ebeveynlerinin mevcut hastalıklarının geçmişteki bazı davranışlardan kaynaklandığına; alkol veya uyuşturucu kullanımı, kafa travması, stres veya psikolojik bir sorundan kaynaklandığına inanmakta ve ergenlerin bir kısmının alkol ve uyuşturucu kullanmaktan veya stresli durumlardan kaçınarak şizofreni olmayacaklarını düşünmektedirler [99].

Şizofreni hastası olan birçok anne-baba rollerini yerine getiremezler. Bu durum, çocukları optimal olmayan ebeveynlik riskine maruz bırakır. Herbert'in çalışmasında ergenlerin %15'inin ebeveynin hastalığı nedeniyle sorumluluk almaya başladığını bildirmiştir [100].

Ebeveynin hasta olması, çocukların yaşamını birçok yönden etkiler [35]. Duygusal istikrarsızlık, saldırganlık ve fiziksel izolasyon, evlilik ve iş hayatında zorluklar, düşük benlik saygısıyla mücadele ve sosyal uyum ile karakterize edilen sosyal açıklara sahip olma eğilimi vardır. Çocuklukta istismar, ihmal, tecrit ve suçluluk gibi olumsuz deneyimler görürler [100-103]. Herbert çalışmasında çocuklarda hasta ebeveyne karşı nefret duygusunun olduğu, onları yetersiz bulduklarını, gereğinden fazla bakım verdiklerini, damgalanma yaşadıklarını ve destek göremediklerini belirtmiştir [104-105].

Damgalanma, ruhsal bozukluğu olan bir ebeveyn ile yaşamının önemli bir parçasıdır [106]. Damgalama, şizofreni hastası çocuklarının yardım aramalarını yada yapılan yardımı kabul etmelerini doğrudan etkilemektedir. Ergenler okul ve iş hayatında zorluklar ile karşılaştıklarını aile bireylerindeki hastalığı arkadaşlarından sakladıklarını dile getirmişlerdir. Gelecek ile ilgili kaygılarını, özellikle evlilik konusunda aile bireylerindeki hastalığın sorun oluşturacağını bildirmişlerdir. Şizofreni hastalığı olan bireylerin çocukları utanma, endişe, hastalığı gizleme gibi duygusal tepkiler vermektedirler [107-110].

2.3.2. Şizofreni Hastası Ebeveynin Çocuklarında Ruhsal Problemleri Önlemeye Yönelik Hemşirelik Uygulamaları

Çocuklar için yaşam koşullarının en iyi hale getirilmesi, ihtiyaç duydukları anda yardım almaları, ülke politikalarının buna göre düzenlenmesi ve sosyal, kültürel tüm kuruluşların bu doğrultuda çalışması gerekmektedir [110-113].

Ruhsal hastalığı olan ebeveyne sahip çocukların ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerde, hem yetişkin hem de çocuk birimlerinde çalışan profesyonellerin işbirliği içerisinde çalışması gerekir [114].

Yapılan çalışmalarda, Ruhsal hastalığı olan ebeveyne sahip olmanın çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri belirlenmiştir [114-115]. Aile içi rollerdeki bozulma ele alınmış, aileye yönelik erken müdahale ve desteğe ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır [116].

Hemşirenin, şizofreni hastalığı olan ebeveyne sahip çocukları bakım ve tedavi sürecine dahil etmesi gerekmektedir. Çocuğun yaşına göre ihtiyaçları değerlendirilmeli ve hemşirelik girişimleri bu doğrultuda planlanmalıdır [116-118].

Hemşire, hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için uygun bir ortam oluşturulması ve hastanın bilgi gereksiniminin karşılanmasında destekleyici bir yaklaşım sergiler. Bu durum çocuk üzerindeki yükü hafifletecektir [119-121].

Hemşire çocuğun hastanın içinde bulunduğu durumu anlaması, olumlu tutum ve gerçekçi beklentiler geliştirmesi amacıyla düzenlenen psikoeğitim programlarında yer almalıdır. Hemşire;

- Çocuğun yaşadığı zorlukları ifade etmesi konusunda cesaretlendirir. Çocuğun yaşadığı sıkıntı ve sorunların çözümüne yönelik problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimler planlar.
- Çocuğun duygu, düşünce ve beklentilerini yapıcı bir biçimde ifade edilebilmeleri için iletişim becerileri eğitimi verir.
- Çocuğa olası kriz durumlarında başetme yollarını öğretir.
- Bunu yanında çocuğun normal yaşama uyumunu sağlamak için yaşadığı toplumdaki kişileri bilgilendirerek toplumdan soyutlamasını engeller.
- Ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik sosyal kabulün sağlanması, gerçekçi tutum ve inançların oluşması ve gelişmesi için bulunduğu yerlerde topluma yönelik grup eğitimleri yapar.

Günümüzde kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde hastanede kalış süresini kısa tutup, hastanın kendi ortamı içinde tedavi edilmesini öngören bir yaklaşım uygulanmaktadır [55]. Bu tedavi yaklaşımıyla birlikte toplum içindeki hasta sayısı giderek artmaktadır.

Hasta bireye en üst düzeyde tedavi ve bakım vermek için tedaviye ailenin de katılımını sağlamak gerekir. Hastalığın alevlenme döneminin uzun sürmesi aile bireylerinHasta taburcu edildikten sonra da evde bakıma ihtiyaç duymaktadır [115-116]. Ayrıca çalışma sonuçları evde bakılan hastaların çoğunun yardıma gereksinimi olduğunu göstermektedir. Uygulanan tedaviden en üst düzeyde sonuçlar elde edilebilmesinin; hasta klinikte yattığı andan itibaren ailenin de ele alınması ve bütüncül bir yaklaşımla tedaviye katılımlarının sağlanması, hasta taburcu olduktan sonra da aile ile işbirliğinin sürdürülmesine bağlı olduğu açıklanmaktadır [117-118].

Şizofreni hastalarının ailelerine bu desteği sağlamaya yönelik girişimde bulunmak için dört aşamalı bir süreç tanımlanmaktadır: Birinci evrede, aileyle bağlantı kurularak hasta için planlanan tedavi ve bilgiler aile ile paylaşılır. Ailenin hastalığa tepkileri incelenir, endişeleri öğrenilir. Karşılıklı olarak amaçlar belirlenerek, tedavi sözleşmesi oluşturulur.

İkinci evrede, şizofreni ile yaşamak için aile üyelerinin baş etmeleri üzerine odaklanılır. Ev içinde bakım sürecine katılabilecek diğer kişiler belirlenir. Aile içinde diğer bireylerin birbirlerine desteklerini geliştirebilecekleri planların oluşturulması sağlanır.

Üçüncü evrede, ailelerle bireysel olarak tartışmalar yapılır. Bu evrede genellikle iki amaç yer alır. İlki ailenin sınırlılıklarını kuvvetlendirmek, ikincisi ise hastanın yavaş yavaş kendi sorumluluğunu üstlenmesini sağlamaktır.

Dördüncü evrede, ileriye yönelik ulaşılabilecek amaçlar belirlenmektedir. Var olan ve oluşturulacak programlara aile katılım için cesaretlendirilmesi söz konusudur [122].

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, tanımlayıcı, kesitsel özellikte çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır. Hastane, 16 ilin hastalarına bakılan dal hastanesi olup hastalar, ayaktan, gündüz hastanesinde ve klinikte takip edilmektedir. Polikliniğe başvuruda bulunan hastaların gerekli görüldüğünde servise yatışı yapılır. Servislerin yatak sayıları farklı olup ortalama 50-70 arası hastaya bakılmaktadır. Servislerde ortalama 3 doktor, 8 hemşire, 1 psikolog ve 6 personel görev yapmaktadır. Ziyaret saatleri hergün 13-15 arası yapılmakta ve bu ziyaretler her dört servisin ortak kullandığı bahçelerde yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 16 Ocak-1 Haziran 2012 tarihleri arasında yatarak tedavi gören en az bir yıldır şizofreni tanısı almış hastaların çocukları oluşturmaktadır. Bu süre aralığında hastaneye yatan şizofreni hastası ebevyne sahip 603 ergen ile görüşülmüş ve araştırmaya uygun 117 ergene ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini; Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde belirtilen tarihler arasında yatarak tedavi gören ve en az bir yıldır şizofreni tanısı almış hastaların araştırma örneklemine dahil etme kriterlerine uyan çocukları oluşturmaktadır. Evrenin % 19.4 'üne ulaşılmış olup herhangi bir örneklem yöntemi kullanılmamıştır (n=117).

3.4.1. Araştırma Örneklemine Alma Kriterleri

- Türkçe konuşan ve anlayan,
- 15-25 yaş arası,
- Herhangi bir psikiyatrik tanı almamış,
- Hasta ile birlikte son bir yıldır aynı evi paylaşan,

- Diğer ebeveyni ya da kardeşlerinde bakım gereksinimi olmayan,
- Bilişsel durumu soruları yanıtlayabilecek durumda olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü ergenler.

3.4.2. Araştırma Örnekleminden Dışlama Kriterleri

- Türkçe konuşmayan ve anlayamayan,
- 15 yaşından küçük ya da 25 yaşından büyük,
- Herhangi bir psikiyatrik tanı almış,
- Son bir yıldır hasta ile ayrı evde yaşayan,
- Diğer ebeveyni ya da kardeşlerinde bakım gereksinimi olan,
- Bilişsel durumu soruları yanıtlayabilecek durumda olmayan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan ergenler.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; ergenlerin sosyo-demografik, sigara, alkol içme durumu ve arkadaşlık ilişkilerine, ailesine, hasta ebeveynine ve bakımına ait özelliklerdir. Bağımlı değişkenler ise, ergenlerin Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamalarıdır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplamada Kullanılan Formlar

Araştırmada veriler, ergenlerin tanıtıcı bilgilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu”, genel ruhsal durum değerlendirmesi için “Kısa Semptom Envanteri” kullanılarak toplanmıştır.

3.6.2. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, ergenin sosyo-demografik, eğitsel, ailesel, sosyo-kültürel özelliklerine ilişkin 29 adet sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.6.3. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri, SCL-90-R ile yapılan çalışmaların sonucundan ortaya çıkan, SCL-90-R'nin kısa formudur. SCL-90-R'nin 9 faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış olan toplam 53 madde seçilmiş ve 5-10 dakikada uygulanabilen,

benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. KSE'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve ark. (2002) tarafından yapılmıştır [123]. Bu çalışmalar sonucunda ölçek, "anksiyete", "depresyon", "olumsuz benlik", "somatizasyon" ve "hostilite" olarak beş altölçek ve 3 global indeksten oluşmaktadır.

Alt ölçeklerin içeriği aşağıda verilmektedir.

- Anksiyete Bozukluğu (AB): 12,13,28,31,32,36,38,42,43,45,46,47 ve 49. maddeler,
- Depresyon (D): 9,14,16,17,18,19,20,25,27,35,37 ve 39. maddeler,
- Olumsuz benlik: 15,21,22,24,26,34,44,8,50,51,52 ve 53. maddeler,
- Somatizasyon (S): 2,5,7,8,11,23,29,30 ve 33. maddeler,
- Hostilite (H): 1,3,4,6,10,40 ve 41. maddeler,
- Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi: Toplam puan/53
- Belirti Toplamı İndeksi: "0" olarak işaretlenen maddeler dışındaki bütün maddelerin (pozitif olan bütün değerlerin) "1" olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır.
- Pozitif Semptom Rahatsızlık İndeksi: Ölçekten elde edilen toplam puan/ Belirti toplamı.

Her bir maddesi için "Hiç yok", "Biraz var", "Orta derecede var", "Epey var" ve "Çok fazla var" seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmiştir. Her bir madde 0-4 arası puanlanmıştır.

Kısa Semptom Envanterinin Türkçe formunun ergen yaş grubu için güvenilirliğine ilişkin bulgular, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının hesaplanmasıyla elde edilmiştir. Bulunan en düşük katsayının 0.70 (somatizasyon), en yüksek katsayının ise 0,88 (depresyon) olduğu görülmektedir [123]. Bu bulgular Şahin ve ark. (2002) yaptıkları çalışmalar sonucunda elde ettikleri bulgularla tutarlılık göstermektedir [123]. Bu çalışmada Cronbach alfa değerleri alt ölçekler için en düşük 0.67 (hostilite) ve en yüksek 0.89 (olumsuz benlik) arasında bulunmuştur (Ek 2).

3.6.4. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Veri toplama araçlarının işlerliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yatarak tedavi gören hastaların çocuklarına (12 kişi, örneklemin %10'u) ön uygulama yapılmıştır. Uygulanan anketler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.6.5. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Ergen ile görüşmeler hastane bahçesindeki ziyaret alanlarında gerçekleştirilmiştir. Ergene araştırmanın amacı, yöntemi ve uygulanacak anket ve ölçeklerle ilgili açıklama yapılıp

sözlü onamları alındıktan sonra veriler araştırmacı veya kendisi tarafından formlar doldurularak toplanmıştır.

3.6.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında excel ortamında kaydedilmiştir. Verilerin istatistik değerlendirmesinde AEK Araştırma Ltd. şti. Mersin Teknopark şirketinden profesyonel hizmet alınmıştır.

Likert tipi ve geçerlilik çalışmaları yapılmış ölçeklerin toplam puanları sürekli likte gösterdiğinden ölçek puan ortalamaların karşılaştırılmasında parametrik testler kullanılmıştır [124]. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, okul düzeyi, aile tipi gibi demografik veriler ve ölçek için ortalama, standart sapma ve yüzdelik gibi tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Yaş ile cinsiyet bakımından ilgili anket soruları arasında (hasta ile görülmeyi isteme durumu, geleceğinizi etkiler mi, sigara içme durumu, alkol içme durumu, sırlarını paylaşabileceği arkadaşı var mı) istatistiksel olarak anlamlı ilişki olup olmadığı Ki-kare testiyle bakılmış ve bulunan fark $p < 0.05$ ile gösterilmiştir.

Anket sorularındaki ikiden fazla olan gruplar ve ölçek puanları arasındaki istatistiksel farkın gösterimi için ANOVA uygulanmıştır. Anlamlı bulunan fark $p < 0.05$ ile gösterilmiştir. Post Hoc Tukey ile bu farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığı gösterilmiştir. Anket sorularındaki ikili gruplarla ölçek puanları arasındaki istatistiksel farkın gösterimi için student t testi uygulanmış ve anlamlı bulunan fark $p < 0.05$ ile gösterilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan (05.01.2012 ve 2012/18 sayılı Kurul Kararı) ve Sağlık Bakanlığı'ndan gerekli kurum izinleri alınmıştır. Ergenlerin sözlü onamları alınmıştır (Ek 3)(Ek 4).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu alışma sadece Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan ergenlerin %43,6'sının 23-25 yaş arasında, %53,8'inin erkek olduğu bulunmuştur. Ergenlerin %41,9'unun bir örgün eğitim kurumunda öğrenim gördüğü ve %23,9'unun lise eğitimine devam ettiği belirlenmiştir. Ergenlerin %55,6'sının gelirinin giderinden az ve aileyi geçindirenin %64,1 ile baba olduğu belirlenmiştir. Ergenlerin %78,6'sının sosyal güvenceye, %83,8'inin çekirdek aileye ve %46,2'sinin 2-3 kardeşe sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Ergenlerin sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	n	%
Yaş		
15-18	35	29,9
19-22	31	26,5
23-25	51	43,6
Cinsiyet		
Kadın	54	46,2
Erkek	63	53,8
Bir örgün eğitim kurumunda öğrenim görme durumu		
Evet	49	41,9
Hayır	68	58,1
Devam etmekte olduğu okul türü		
İlköğretim	5	10,3
Lise	28	57,0
Üniversite	16	37,7
Ailenizin ortalama aylık gelir düzeyi algısı		
Gelir giderden az	65	55,6
Gelir gidere denk	48	41,0
Gelir giderden fazla	4	3,4
Aileyi geçindiren kişi		
Baba	75	64,1
Anne	11	9,4
Ben	16	13,7
Diğer	15	12,8
Sosyal güvencesi		
Var	92	78,6
Yok	25	21,4
Aile Tipi		
Çekirdek	98	83,8
Geniş	7	6
Tek ebeveyn	12	10,2
Kardeş Sayısı		
Tek	10	8,5
2-3	54	46,2
4 ve fazla	53	45,3

Tablo 4.2' de araştırmaya katılan ergenlerin babalarının %43,8'i 55 yaş ve üzeri, %40,2'si ilkokul mezunu ve %34,8'i emekli olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan ergenlerin annelerinin %63,2'si 45-54 yaşında, %42,1'i ilkokul mezunu ve %93'ü ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Ergenlerin ailesine ait özellikler

Özellikler	n	%
Baba Yaşı		
35-44	18	16,1
45-54	45	40,2
55 ve üzeri	49	43,7
Baba Eğitimi		
Okuryazar değil	6	5,4
Okuryazar	14	12,5
İlkokul	45	40,1
Ortaokul	16	14,3
Lise	31	27,7
Baba Mesleği		
Çalışmıyor	24	21,4
Emekli	39	34,8
Çiftçi	11	9,8
Serbest meslek	32	28,6
Memur	6	5,4
Anne Yaşı		
35-44	35	30,7
45-54	72	63,2
55 ve üzeri	7	6,1
Anne Eğitimi		
Okuryazar değil	28	24,5
Okuryazar	10	8,8
İlkokul	48	42,1
Ortaokul	15	13,2
Lise	13	11,4
Anne Mesleği		
Ev hanımı	106	93,0
Memur	3	2,6
Esnaf	3	2,6
Emekli	2	1,8

Araştırmaya katılan ergenlerin %53'ünün hasta olan ebeveyni babasıdır. Ebeveynin 37,6'sının 10-19 yıldır hasta olduğu belirlenmiştir. Hasta olan ebeveynin %41,9'unun toplam hastaneye yatış sayısının 10 ve üzeri olduğu ve %54,7'sinin son bir yıl içerisinde bir defa hastaneye yattığı belirlenmiştir. Ergenlerin %29,9'unun Şizofreni hastası ebeveyninin bakımıyla ilgilendiği, %53,8'inin yakın çevresinden yada akrabalarından destek görmediği ve %52,2'sinin hasta olan ebeveyni ile toplum içerisinde dışarda görülmekten rahatsızlık duyduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Ergenlerin hasta ebeveynine ve bakımına ait özellikler

Özellikler	n	%
Hasta olan ebeveynin yakınlık durumu		
Anne	55	47
Baba	62	53
Ne kadar süredir hasta olduğu		
1-9 yıl	34	29,9
10-19 yıl	44	37,6
20 ve üzeri yıl	38	32,5
Toplam hastaneye yatış sayısı		
1-4	42	35,9
5-9	26	22,2
10 ve üzeri	49	41,9
Son bir yıl içerisinde hastaneye yatış sayısı		
1	64	54,7
2	35	29,9
3 ve üzeri	18	15,4
Hastanın evde bakımıyla en fazla ilgilenen kişi		
Kendisi	35	29,9
Başkaları	82	70,1
Yakın çevresinden ya da akrabalarından destek olan		
Var	54	46,2
Yok	63	53,8
Hasta ebeveyn ile toplum içerisinde bir arada görünmekten rahatsızlık duyma durumu		
Rahatsızlık duymaz	56	47,8
Bazen rahatsızlık duyar	43	36,8
Rahatsızlık duyar	18	15,4

Araştırmaya katılan ergenlerin %32,5'inin sigara ve %12,8'inin alkol içtiği belirlenmiştir. Ergenlerin %72,6'sının sırlarını paylaşabileceği yakın arkadaşlarının olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Ergenlerin sigara, alkol içme durumu ve arkadaşlık ilişkilerine ait özellikler

Özellikler	n	%
Sigara içme durumu		
İçiyor	38	32,5
İçmiyor	79	67,5
Alkol içme durumu		
Her gün olmamakla birlikte ara sıra içer	15	12,8
Hiç içmiyor	102	87,2
Sırlarını paylaşabileceği yakın arkadaş(lar)ı		
Var	85	72,6
Yok	32	27,4

Tablo 4.5'de ergenlerin Kısa Semptom Envanteri ve global endeks puan ortalamaları ve aldıkları alt ve üst değerleri verilmiştir. Ergenlerin anksiyete puan ortalamaları $6,18 \pm 5,11$, depresyon $7,27 \pm 5,75$, olumsuz benlik $5,1 \pm 5,5$, somatizasyon $2,87 \pm 3,46$ ve hostalite $3,5 \pm 2,65$ bulunmuştur. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Belirti Toplamı İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları sırası ile $4,7 \pm 3,94$, $20,93 \pm 12,37$ ve $1,16 \pm 0,41$ bulunmuştur.

Tablo 4.5. Ergenlerin Kısa Semptom Envanteri Puan Ortalamaları

KSE	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	$\bar{X} \pm SS$	Alınan Alt ve Üst Değerler
Anksiyete	0-52	$6,18 \pm 5,11$	0-35
Depresyon	0-48	$7,27 \pm 5,75$	0-43
Olumsuz Benlik	0-48	$5,1 \pm 5,5$	0-39
Somatizasyon	0-36	$2,87 \pm 3,46$	0-19
Hostalite	0-28	$3,5 \pm 2,65$	0-15
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0-4	$4,7 \pm 3,94$	0,04-2,62
Belirti Toplamı İndeksi	0-53	$20,93 \pm 12,37$	2-53
Semptom Rahatsızlık İndeksi	0-4	$1,16 \pm 0,41$	1-3

Tablo 4.6'da ergenin yaşına göre Kısa Semptom Envanteri alt ölçekleri ve global endeks puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ergenin cinsiyetine göre Kısa Semptom Envanteri alt ölçekleri puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). KSE Global endeks puan ortalamalarında ise erkeklerin SRİ puan ortalaması ($1,29\pm 0,52$) kadınlara göre yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Ergenin aile tipine göre Kısa Semptom Envanteri alt ölçekleri ve RCİ ve BTİ global endeks puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$, $p<0,01$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için tukey testi yapılmış ve farkın "tek ebeveyn" grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.001$).



Tablo 4.6. Ergenlerin yaş, cinsiyet ve aile tipi durumlarına göre kısa semptom envanteri puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	n	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Düşünce	Somatizasyon	Hostilite	RCİ	BTİ	SRI
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Yaş									
15-18	35	5,20±3,74	6±3,57	4,26±3,55	2,6±3,07	2,86±1,87	0,39±0,27	19,6±13,7	1,11±0,32
19-22	31	6,32±4,16	8,1±5,15	5,81±5,09	2,84±3,53	3,39±2,6	0,5±0,36	21,58±11,18	1,22±0,5
23-25	51	6,76±6,29	7,65±7,1	5,78±6,93	3,08±3,72	4±3,06	0,51±0,48	21,45±12,28	1,16±0,42
p		0,546	0,320	0,291	0,769	0,330	0,381	0,532	0,624
Cinsiyet									
Kadın	54	6,02±3,34	7,19±2,78	4,3±2,87	3,11±2,89	3,26±1,62	0,45±0,22	22,9±11,15	1,02±0,14
Erkek	63	6,32±6,26	7,35±7,43	5,8±7	2,67±3,9	3,7±3,3	0,49±0,5	19,24±13,19	1,29±0,52
p		0,754	0,871	0,123	0,491	0,352	0,597	0,110	0,000***
Aile Tipi									
Çekirdek	98	5,64±3,89 ^a	6,75±4,27 ^a	4,52±4,22 ^a	2,46±3,03 ^a	3,27±2,5 ^a	0,43±0,31 ^a	19,65±11,63 ^a	1,15±0,39
Geniş	7	5,71±3,82	5,57±4,31 ^a	4,86±3,24	3,57±2,94	3,29±1,25	0,43±0,26	21,86±14,7	1,14±0,38
Tek ebeveyn	12	10,83±10,36	12,58±11,93	10±11,30	5,83±5,42	5,5±3,68	0,84±0,77	30,83±13,45	1,25±0,62
p		0,003**	0,002**	0,004**	0,005**	0,021*	0,002**	0,011*	0,743

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0,001, ^a“tek ebeveyn” gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.7'de ailesini ilgisiz olarak nitelendiren ergenlerin depresyon puan ortalamaları ($4,82\pm 3,04$) ve SRİ puan ortalamaları ($1\pm 0,0$) en düşük bulunmuştur. Ergenin anne babanın aile içi tutumu durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri depresyon ve SRİ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için tukey testi yapılmış ve “baskıcı/disiplinsiz” ve “ilgisiz” grupları arasındaki fark anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Anne babası ara sıra kavga eden ergenlerin depresyon ve BTİ puan ortalamaları ($7,91\pm 6,19$), ($23,28\pm 13,52$) en yüksek bulunmuştur. Ergenin anne babanın geçim durumlarına göre Kısa Semptom Envanteri depresyon ve BTİ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$, $p<0,01$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için tukey testi yapılmış ve “iyi” ve “ara sıra kavga ederler” grupları arasındaki fark anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).



Tablo 4.7. Ergenlerin anne babanın aile içi tutumu ve anne babanın geçim durumlarına göre kısa semptom envanteri puanlarının karşılaştırılması.

Özellikler	n	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Düşünce	Somatizasyon	Hostilite	RCİ	BTİ	SRI
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Anne Babanın Aile İçi Tutumu									
Demokratik	36	6,08±4,58	6,92±5,37	5,64±5,36	3,31±3,94	3,5±2,7	0,48±0,39	21,58±15,14	1,17±0,45
Disiplinsiz	15	6,8±4,89	8,2±4,04	4,93±3,31	2,73±3,08	4,07±2,87	0,5±0,32	19,73±8,07	1,4±0,51 ^a
Baskıcı	17	8,12±7,66	10,12±9,35 ^a	7,59±9,72	3,47±2,87	4,53±3,5	0,63±0,58	25,53±11,96	1,23±0,56
Tutarsız	13	5±3,19	6,77±2,24	4,85±3,31	1,69±1,8	2,69±2,29	0,39±0,21	19,23±10,99	1,15±0,38
İlgisiz	28	4,61±2,79	4,82±3,04	3,18±2,25	1,68±2,02	2,68±1,42	0,32±0,18	16,89±9,53	1±0,0
P		0,154	0,028*	0,112	0,140	0,117	0,069	0,211	0,046*
Anne Babanın Geçim Durumu									
İyi	23	4,3±3,99	4,43±3,98 ^b	3,83±3,7	1,65±2,77	2,83±2,62	0,32±0,29	13,91±7,84 ^b	1,17±0,39
Ara sıra kavga ederler	58	6,86±5,41	7,91±6,19	5,47±6,42	2,97±3,23	3,62±2,6	0,51±0,42	23,28±13,52	1,12±0,38
Kötü	28	5,57±3,65	7,36±4,45	4,64±3,16	2,79±2,92	3,54±2,62	0,45±0,27	20±10,11	1,25±0,52
P		0,083	0,033*	0,430	0,216	0,455	0,126	0,006**	0,409

*p<0.05, **p<0.01, ^a“ilgisiz” gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı, ^b“ara sıra kavga ederler” gruptan farkı istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.8’de babası hasta olan ve evde şiddet uygulayan ergenlerin anksiyete, depresyon ve RCİ puan ortalaması ($7,77\pm6,24$), ($9,12\pm7,02$), ($6\pm,52$) en yüksek bulunmuştur. Ergenlerin hasta olan babanın evdeki şiddet durumuna göre Kısa Semptom Envanteri anksiyete, depresyon ve RCİ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ergenlerin hasta olan annenin evdeki şiddet durumuna göre Kısa Semptom Envanteri alt ölçekleri ve global endeks puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 4.8. Ergenlerin hasta ebeveynin evdeki şiddet durumuna göre kısa semptom envanteri puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	n	Anksiyete	Depresyon	Olumsuz Düşünce	Somatizasyon	Hostilite	RCİ	BTİ	SRİ
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Hasta olan Babanın Evdeki Şiddet Durumu									
Evet	26	7,77±6,24	9,12±7,02	7±7,24	4,08±4,87	4,08±3,29	0,6±,52	24,23±15,81	1,35±,56
Hayır	36	5,06±3,66	5,58±3,93	4,14±3,29	2,08±2,91	3,22±2,33	0,38±,27	17,47±9,5	1,1±,32
P		0,036*	0,026*	0,069	0,070	0,235	0,049*	0,060	0,062
Hasta olan Annenin Evdeki Şiddet Durumu									
Evet	21	7,05±7,24	8,95±8,52	6,29±8,04	2,86±2,59	3,67±3,53	0,54±,54	21,67±11,31	1,24±,54
Hayır	33	5,45±3,39	6,52±3,23	3,73±2,94	2,52±2,62	3,12±1,58	0,40±,23	21,09±12,17	1,03±,17
P		0,279	0,142	0,101	0,641	0,510	0,188	0,863	0,101

*p<0.05

5. TARTIŞMA

Şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenlerin ruhsal durumunun değerlendirilmesi ve ruh sağlığını etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Ergenlerin %29,9'unun şizofreni hastası ebeveyninin bakımıyla ilgilendiği, %53,8'inin yakın çevresinden ya da akrabalarından destek görmediği ve % 52,2'sinin hasta olan ebeveyni ile toplum içerisinde dışarda görülmekten rahatsızlık duyduğu belirlenmiştir. Ergenlik dönemi büyük değişimler geçirmenin yanı sıra bu durumun getirdiği sorunların ve sorumlulukların sürdüğü bir dönemdir. Bu dönemin uyum sağlamayı gerektiren, çok yönlü değişikliklerin olduğu bir dönem olduğunu kabul etmek gerekir. Ergenin hasta ebeveynin bakımını üstlenmesi ve bu konuda yeterli desteği görememesi ergen üzerindeki duygusal ve sosyal yükün artmasına neden olmaktadır. Bu durum ergenin negatif duygular yaşamasına ve hasta ebeveyni ile toplum içerisinde görülmekten rahatsızlık duymasına neden olmaktadır [125]. Literatüre göre şizofreni gibi psikiyatrik hastalığı olan ebeveyne sahip çocukların hastaların bakımıyla ilgilendikleri, ev idaresine ilişkin günlük rutinleri ve ek sorumlulukları üstlendikleri belirtilmiştir [35, 95, 100, 123]. Herbert (2013) ve ark.'nın şizofreni hastalarının çocuklarının deneyimlerini incelediği çalışmada, ergenlerin yaklaşık %33'ünün ebeveyninin bakımında hiçbir destek almadığı, %49'unun ebeveyni ile dışarı çıktığında olumsuz deneyimler yaşadığı bildirilmiştir [100]. Somers V.'nin şizofreni hastası ebeveynlerin çocukları ile yaptığı çalışmasında şizofreni hastası ebeveyni olan çocukların damgalanma düzeylerinin yüksek olduğu ve çocukların hastalıktan utandıkları bildirilmiştir [107]. Ayrıca bazı çocuklar "hastalığın aile içerisinde gizli tutulması gerektiğini" bildirmiştir. Manjula M. ve Raguram A. çalışmasında ergenler "damgalanma düzeylerinin yüksek olduğunu, sürekli endişeli olduklarını, başka ailenin çocuğu olarak doğmuş olmak istediklerini" bildirmiştir [108]. Literatür bu çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan ergenlerin %32,5'inin sigara ve %12,8'inin alkol içtiği belirlenmiştir. Pölkki ve ark. yaptığı çalışmada ruhsal problemi olan ebeveyne sahip çocuklar, olumsuz baş etme yöntemi olarak sigara ve alkol kullanımına başvurmuşlardır [117].

Ergenlerin anksiyete puan ortalamaları $6,18 \pm 5,11$, depresyon $7,27 \pm 5,75$, olumsuz benlik $5,1 \pm 5,5$, somatizasyon $2,87 \pm 3,46$ ve hostilite $3,5 \pm 2,65$ bulunmuştur. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Belirti Toplamı İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları sırası ile $4,7 \pm 3,94$, $20,93 \pm 12,37$ ve $1,16 \pm 0,41$ bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında ergenlerin ruhsal belirti puan ortalamalarının Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi dışında orta düzeyin altında olduğu söylenebilir. Şahin, Durak, Batıgün ve Uğurtaş'ın (2002) çalışmasında sağlıklı ergenlerde anksiyete $14,25 \pm 9,89$, depresyon $14,58 \pm 10,27$, olumsuz benlik $5,40 \pm 4,99$, somatizasyon $3,37 \pm 3,73$, hostilite $4,94 \pm 3,9$, rahatsızlık ciddiyeti indeksi $0,75 \pm 0,50$,

belirti toplamı 23.52 ± 10.78 ve semptom rahatsızlık indeksi 1.59 ± 0.53 bulunmuştur [123]. Sağlıklı ergenlerle yapılan çalışmanın bulguları bu çalışma bulgularıyla paralellik göstermektedir. Ünsal Barlas ve ark. (2010) Üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerin ruhsal durumlarını değerlendirdikleri çalışmada anksiyete puan ortalamaları $32,50 \pm 9,40$, depresyon $30,41 \pm 8,93$, olumsuz benlik 28.62 ± 9.89 , somatizasyon 22.11 ± 6.98 ve hostilite 16.90 ± 5.47 bulunmuştur [126]. Bulgulardaki farklılığın örneklem gurubundan, kültürel ve bölgesel farklılıklardan kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bu durum bize şizofreni hastası ebeveyn ile birlikte yaşıyor olmanın ergenlerin ruhsal durumları üzerinde olumsuz bir etkide bulunmadığını düşündürmektedir.

Ergenin yaşına göre Kısa Semptom Envanteri alt ölçekleri ve global endeks puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum ergenin her yaş grubunda üstlendiği sorumluluklar ve yaşadığı sıkıntıların çok büyük farklılıklar göstermeksizin süreklilik gösterdiğini düşündürmüştür.

Genel olarak KSE puan ortalamalarının (somatizasyon ve BTİ hariç) erkeklerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel fark sadece SRİ puan ortalamasında anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada şizofreni hastalığı olan ebeveyne sahip erkek ergenlerin kadın ergenlere göre daha çok ruhsal semptom gösterdikleri söylenebilir. Literatüre göre Karadağ'ın (2008) yetiştirme yurdundaki ergenlerde yaptığı çalışmada kadınların KSE alt ölçekleri ve global endeks puan ortalamaları erkeklere göre yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [127-128]. Çetin Dağlı'nın (2009) meslek yükseokulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada kadınlar KSE alt ölçek puan ortalamaları erkeklere göre yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur [129]. Bulgular arasındaki farklılığın yaş, yaşadığı yer, aile ile etkileşim gibi değişkenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Mowbray ve ark.'nın yaptığı çalışmada psikolojik sorunların erkek ergenlerde kadınlara göre daha fazla olduğunu bildirmiştir [130].

Tek ebevyimli ergenlerin KSE puan ortalamaları çekirdek ve geniş aileye göre yüksek bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (SRİ hariç). Tek ebevyimli ailelerin çocukları, psikiyatrik hastalığı olan ebeveynin duygusal gereksinimleri ve bakım sorumluluklarını üstlenmek zorunda kalacaktır. Çocuk evin sorumluluğu ve kardeşlerin bakımını üstlenecektir. Sosyal destek alınamadığı durumlarda sorumlukları daha fazla artacaktır. Bu durum, ergenlerin sosyal yaşamlarını, eğitim durumlarını ve kişisel gelişimlerini sınırlayacaktır. Ergenlerin ruh sağlığı da olumsuz etkilenecektir [105].

Ailesini ilgisiz olarak nitelendiren ergenlerin KSE puan ortalamaları en düşük ve baskıcı olarak nitelendirenlerin ise en yüksek olduğu bulunmuştur. Depresyon ve SRİ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ergen üzerinde baskıyı arttıran ebeveyn tutumlarının ergenin ruh sağlığını olumsuz etkilediği söylenebilir. Ebeveynin ilgisiz tutumunun da ergen üzerindeki baskıyı azaltan bir etken olabileceği düşünülmektedir. Ulusoy ve

ark.nın (2004) ebeveyn tutumu ve ergen problemlerini inceledikleri çalışmada baskıcı otoriter ebeveynler ile izin verici ilgisiz ebeveynlerin ergenlerin intihar ve davranış problemleri göstermelerinde etkili olduğu belirlenmiştir [131]. Kolay akfert ve ark.'nın (2009) üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada otoriter baskıcı tutumun ergenlerin stres düzeyini arttırdığı bulunmuştur [132]. Manjula M. ve Raguram A. şizofrenik ebeveynlerin çocuklarında benlik kavramının incelendiği çalışmasında ergenlerin aile içi ve diğer sorumlulukları alması eğitim amaçlarından vazgeçtiğini bildirmiştir [108]. Literatür de bu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Anne babasının geçim durumunu "kötü" olarak nitelendiren ve ara sıra kavga ettiklerini belirten ergenlerin KSE puan ortalamaları en yüksek bulunmuştur. Ergenin anne babanın geçim durumlarına göre depresyon ve BTİ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ergenlik dönemi sorunlarla dolu fırtınalı bir dönemdir. Bu dönemde ergen kendisini ifade edebildiği ve sağlıklı iletişim örüntülerinin sürdürüldüğü bir aile ortamına ihtiyaç duymaktadır. Bunların yokluğunda ise ergenlerde kimlik karmaşası ve ruhsal semptomların görülme oranı artacaktır [10]. Eryılmaz'ın (2011) çalışmasında birlik ve beraberliğin olduğu ailelerde ergenlerin daha mutlu olduğu bildirilmektedir [133]. Literatür bu çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Annesi ve babası hasta olan ve evde şiddet uygulayan ergenlerin KSE puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ergenlerin hasta olan babanın evdeki şiddet durumuna göre Kısa Semptom Envanteri anksiyete, depresyon ve RCİ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ancak ergenlerin hasta olan annenin evdeki şiddet durumuna göre Kısa Semptom Envanteri alt ölçekleri ve global endeks puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Babanın uyguladığı şiddetin annenin uyguladığı şiddete göre daha yıkıcı olduğu ve ergen üzerinde ruhsal anlamda daha olumsuz sonuçlar doğurduğu söylenebilir. Literatürde, şiddete uğrayan çocuklarda sıklıkla sinirlilik, umutsuzluk, kişilik ve davranış bozuklukları, tedirginlik, suça yönelen davranışlar, iletişim sorunları, psikosomatik sorunlar, yeme problemleri, antisosyal ve saldırgan davranışlar gibi sorunların görüldüğü belirtilmiştir [81, 91, 92]. Literatürün bu çalışma sonuçları ile paralellik gösterdiği saptanmıştır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenlerin ruhsal durumunun değerlendirilmesi ve ruh sağlığını etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Ergenlerin;

- %29,9'unun şizofreni hastası ebeveyninin bakımıyla ilgilendiği,
- %53,8'inin yakın çevresinden ya da akrabalarından destek görmediği,
- % 52,2'sinin hasta olan ebeveyni ile toplum içerisinde dışarda görülmekten rahatsızlık duyduğu,
- %32,5'inin sigara ve %12,8'inin alkol içtiği,
- Anksiyete puan ortalamaları 6,18±5,11, depresyon 7,27±5,75, olumsuz benlik 5,1±5,5, somatizasyon 2.87±3.46 ve hostilete 3,5±2,65,
- Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi, Belirti Toplamı İndeksi ve Semptom Rahatsızlık İndeksi puan ortalamaları sırası ile 4,7±3,94, 20,93±12,37 ve 1,16±0,41 bulunmuştur.
- Ruhsal belirti puan ortalamalarının Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi dışında orta düzeyin altında olduğu,
- Erkek ergenlerin kızlara göre daha fazla ruhsal semptom gösterdikleri,
- Tek ebeveynli ergenlerin çekirdek ve geniş aileye göre daha fazla ruhsal semptom gösterdikleri,
- Sadece babası hayatta olan ergenlerin daha fazla ruhsal semptom gösterdikleri,
- Ailesini baskıcı olarak nitelendirenlerin daha fazla ruhsal semptom gösterdikleri,
- Anne babasının geçim durumunu "kötü" olarak nitelendiren ve ara sıra kavga ettiklerini belirten ergenlerin daha fazla ruhsal semptom gösterdikleri,
- Babası hasta olan ve evde şiddet uygulayan ergenlerin daha fazla ruhsal semptom gösterdikleri belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenlere şizofreni hastalığı olan bireyin evde bakımı, damgalanma ile mücadele ve madde bağımlılığında korunma yolları gibi konularda hemşireler tarafından eğitimler düzenlenmesi,
- Hemşirelerin ve öğretmenlerin müdahale ve yaklaşımlarında şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenlerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen faktörleri (tek ebeveynli, sadece babası hayatta olan, baskıcı aileye sahip, anne babası geçinemeyen, hasta babası evde şiddet uygulayan ve erkek ergenler) göz önünde bulundurmaları,
- Şizofreni hastası ebeveyne sahip ergenler ile nitel çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- [1]. Nasrallah, H.A. ve Smeltzer, D.J. (2005). *Şizofreni, Güncel Tanı ve Tedavi Kitabı* (K. Alptekin, Çev.). İstanbul: AND Yayıncılık.
- [2]. Chakraborty, K. ve Basu D. (2010). Insight in Schizophrenia: a Review. a Comprehensive Update. *Reprinted from the German Journal of Psychiatry*, 13, 17-30.
- [3]. Yüksel, N. (2001). *Şizofrenik Bozukluklar, Ruhsal Hastalıklar*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.
- [4]. Chwastiak, L.A. ve Tek C. (2009). The Unchanging Mortality Gap for People With Schizophrenia. *Lancet*, 590-592.
- [5]. Gelder, M. ve Harrison, P. (2006). *Schizophrenia*. Cowen (Ed.). Inshorter Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press.
- [6]. Gültekin, B.K. (Ed.). (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 583-594.
- [7]. Kaplan, H. I. ve Sadock, B.J. (2004). *Klinik Psikiyatri* (E. Abay, Çev.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- [8]. Köroğlu, E. ve Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB.
- [9]. Işık, E. (Ed.). (2006). *Güncel Şizofreni*. Ankara: Format Matbaacılık.
- [10]. Öztürk, O. ve Uluşahin, N.A. (2015). *Şizofreni, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- [11]. Duncan, G. ve Browning, J. (2009). Adult Attachment in Children Raised by Parents with Schizophrenia. *Published Online*, 16, 76-86.
- [12]. Donald, C., Murphy, K.C. (2003). The New Genetics of Schizophrenia. *Psychiatr Clinic of North America*, 41-63.
- [13]. Bijl, R.V., Cuijpers, P. ve Smit, F. (2002). Psychiatric Disorders in Adult Children of Parents with a History of Psychopathology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37, 7-12.
- [14]. Ohannessian, C. M., Hesselbrock, V. M., Kramer, J., Kuperman, S., Bucholz, K.K., Schuckit, M.A. ve diğerleri (2005). The Relationship Between Parental Psychopathology and Adolescent Psychopathology: an Examination of Gender Patterns. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13 (2) , 67-76.
- [15]. Atabek, E. (2002). *Erken Büyüyen Çocuklar*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- [16]. Koç, M. (2004). Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 231, 256.
- [17]. Smith, P.K., Cowie, H. ve Blades, M. (2003). *Understanding Children's Development*. Oxford. Blackwell Publishing.
- [18]. Koukia, E., Madianos, M.G. (2005). Is Psychosocial Rehabilitation of Schizophrenic Patients Preventing Family Burden? A Comparative Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12.
- [19]. Aleman, A., Kahn, R.S., Selten, J.P. (2003). Sex Differences in the Risk of Schizophrenia: Evidence from Meta-Analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 60 (6), 565-571.
- [20]. Dönmezer, İ. (2001). *Ailede İletişim ve Etkileşim*. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- [21]. Bilgin, M. (2012). Bedensel ve Devinsel Gelişim. Yeşilyaprak (Ed.), *Eğitim Psikolojisi Gelişim-Öğrenme-Öğretim*. Ankara: Pegem.
- [22]. İlkay, E. (2002). *Şizofreni*. İstanbul: İ.Ü. Basım ve Yayınevi.
- [23]. Rössler, W., Salize, H.J., Os, J. ve Rössler, A.R. (2005). Size of Burden of Schizophrenia and Psychotic Disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 399-409.
- [24]. Erten, Ü. ve Yazıcı, Y. (2006). Ergenlik Döneminde Psiko-Sosyal Sorunlar ve Depresyon. *Aile ve Toplum*, 3(9).
- [25]. Özcan, A. (2006). *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim*. Ankara: Sistem Ofset.
- [26]. Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj.
- [27]. Ay, F.A. (2007). *Temel Hemşirelik; Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- [28]. Nathiel, S. (2007). Daughters of Madness: Growing up and Older with a Mentally Ill Mother. *Praeger of Westport*, 18 (3), 272.

- [29]. Akbulut, Ş. (2009). *Şizofren Hasta Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları ve Hastanın Bakımında Yaşadıkları Zorluklar*. Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.
- [30]. Durmaz, H. (2011). *Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Öz Etkililik Düzeylerinin Bakım Yüküne Etkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum Üniversitesi, Erzurum.
- [31]. Şengün, F. (2007). *Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- [32]. Lieberman, J. A., Stroup, T.S. ve Perkins D.O. (2006). *Textbook of Schizophrenia*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- [33]. Yılmaz, S. (2011). *Şizofreni Tanılı Hasta ve Ailelerinin Eğitim Gereksinimleri*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- [34]. Parrott, L., Jacobs, G. ve Roberts, D. (2008). Stress and Resilience Factors in Parents with Mental Health Problems and their Children. *Social Care Institute for Excellence*.
- [35]. Valiakalayil, A., Paulson, L.A. ve Tibbo F. (2004). Burden in Adolescent Children of Parents with Schizophrenia the Edmonton High Risk Project. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39, 528-535.
- [36]. Haukka, J., Suvisaari, J. ve Lönnqvist, J. (2003). Fertility of Patients with Schizophrenia, Their Siblings, and the General Population: a Cohort Study from 1950 to 1959 in Finland. *Am J Psychiatry*, 160 (3), 460-463.
- [37]. Hans, S.L., Auerbach, J.Q., Styr, B. ve Marcus J. (2004). Offspring of Parents with Schizophrenia: Mental Disorders During, Childhood and Adolescence. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 303-315.
- [38]. Wynaden, D. ve Ladzinski, U. (2006). The Caregiving Experience: How Much do Health Professionals Understand? *Collegian*, 13 (3).
- [39]. Van Wijngaarden, B., Schene, A., Koeter, M., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H.C. Ve diğerleri. (2003) People with Schizophrenia in Five Countries: Conceptual Similarities and Intercultural Differences in Family Caregiving. *Schizophr Bull*, 29 (3), 573-586.
- [40]. Çam, O. ve Engin, E. (2014). *Ruhsağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*. İstanbul: İstanbul Tıpkıtabevi.
- [41]. Meyer, N. ve Maccabe J.H. (2012). Schizophrenia. *Psychiatric Disorders. Medicine*, 40 (11), 586-590.
- [42]. Chan, S.W. (2011). Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons with Schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*, 25 (5), 339-349.
- [43]. Arslantaş, H. Ve Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (2): 251-277.
- [44]. Alataş, G., Kahiloğulları, A.K. ve Yanık, M. (2011). *T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- [45]. Lewine, R. (2004). At Issue: Sex And Gender in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30 (4), 755-762.
- [46]. Çetin, M. ve Ceylan, M.E. (2005). Genel Bilgiler. Ceylan Me, Çetin M (Ed.), *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Şizofreni-I*. İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri.
- [47]. Eren, K., (2006). *Şizofreni ve Cinsiyet Farklılıkları*. Uzmanlık Tezi, İstanbul Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- [48]. Sadock, B.J. ve Sadock, V.A. (2005). *Klinik Psikiyatri* (H. Aydın ve A. Bozkurt, Çev.) İstanbul: Güneş Kitabevi.
- [49]. Gabbard, G.O. (2009). *Treatments of Psychiatric Disorders* (K. Alptekin ve Ö. Öztürk Çev.) Ankara: Güneş Kitabevi.
- [50]. Stefan, M., Travis M. ve Murray R.M. (2004). *An Atlas of Schizophrenia*. New York. The Parthenon Publishing Group.
- [51]. Goldner, M., Hsu L., Waraich P. ve Somers J.M. (2002). Prevalence and Incidence Studies of Schizophrenic Disorders: A Systematic Review of The Literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(9), 833-843.
- [52]. Kaplan, S. (2007). *Sadok's Comprehensive textbook of Psychiatry* (H. Aydın ve A. Bozkurt Çev.) İstanbul: Güneş Kitabevi.
- [53]. Sofuoğlu, S. (2000). Şizofrenide Klasik Antipsikotiklerle Tedavi. *Şizofreni Dizisi*, 3(1), 45-57.

- [54]. Marland, G.R. ve Cash, K. (2001). Long Term İllnes and Patterns of Medicine Taking: Are a People with Schizophrenia a Unique Group? *Journal of Psychiatric and Mental Helath Nursing*, 8.
- [55]. Yıldız, M. (2005). Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD. Psikiyatrik Rehabilitasyon Birimi Gündüz Hastanesi Uygulaması: Bir İlk Deneme Değerlendirmesi. *Psikiyatrik Rehabilitasyon Bülteni*. 1 (1).
- [56]. Anzai, N., Yoneda, S., Kumagai, N., Nakamura Y., Ikebuchi, E. ve Liberman, R.P. (2002). Training Persons Schizophrenia in İllnes Self-Management: A Randomized Controlled in Japan. *Psychiatric Services*, 53 (5), 545-547.
- [57]. Gall, S., Atkinson, J., Eliot, L. ve Johansen, R. (2002). Supporting Carers of People Diagnosed with Schizophrenia : Evaluating Change in Nursing Practice Following Training. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (3), 295-305.
- [58]. Yıldız, M. (2000). Psikiyatrik Rehabilitasyonun Felsefesi. *3p Dergisi*, 8 (4), 11-15.
- [59]. Chien, W.T. Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group Program for Family Caregivers of Chinese People with Schizophrenia. *The Open Nursing Journal*, 2, 28-39.
- [60]. Yavuzer, H. (2014). *Çocuk Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- [61]. Adams, G. (2000). *Adolescent Development The Essential Readings*. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- [62]. Shullman, S. ve Ben-Artzi, E. (2003). Age-Related Differences in the Transition from Adolescence to Adulthood and Links with Family Relationships. *Journal of Adult Development*, 10 (4), 217-226.
- [63]. Aysev, A.S. ve Taner, Y.I. (2007). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Johnson & Johnson.
- [64]. Ciğerci, Z.C. (2006). *Üstün Yetenekli Olan ve Olmayan Ergenlerde Benlik Saygısı, Başkalarının Algılaması ve Psikolojik Belirtiler Arasındaki İlişkiler*. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi. Sakarya.
- [65]. Berzonsky, M.D. (2000). Theories Adolescence. J. Adams (Ed). *Adolescent Development: The Essential Reading*. Oxford: Blackwell Published Ltd.
- [66]. Kulaksızoğlu, A. (2015). *Ergenlik Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Yayınevi.
- [67]. Manning, M.L. (2002). Havighurst's Developmental Tasks, Young Adolescents, and Diversity. *The Clearing House*, 76 (2).
- [68]. Roisman, G.I., Masten, A.S., Coatsworth, J.D. ve Tellegen, A. (2004). Salient and Emerging Developmental Tasks in the Transition to Adulthood. *Child Development*, 75 (1), 123-133.
- [69]. Çankırılı, A. (2014). *Sorunlarıyla Çözümleriyle Ergenlik Çağı*. İstanbul: Zafer Yayınları.
- [70]. Pinquart, M., Rainer, K., Silbereisen, ve Wiesner, M. (2004). Changes in Discrepancies Between Desired and Present States of Developmental Tasks in Adolescence: A 4-Process Model. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (6), 467-477.
- [71]. Öztürk, M. ve Gökçe, S. (2014). Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları. *Erişkin Psikiyatrları İçin Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi*, 4 (1).
- [72]. Piri, S. ve Kabakçı, E. (2007). Düşünce-Eylem Kaynaşması, Yükleme Biçimleri, Depresif ve Obsesif-Kompulsif Belirtiler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18 (3), 197-206.
- [73]. Tamar, M. ve Özbaran, B. (2004). Çocuk ve Ergenlerde Depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Ek 2, 84-92.
- [74]. Eker, D. (2013). Çocuk ve Ergenlerde Depresyon. Işık (Ed.), *Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Rota Tıp Kitap Evi.
- [75]. Köroğlu, E. (2006). *Depresyon Nedir? Nasıl Başedilir?* Hyb Yayıncılık, Ankara.
- [76]. Ninan, P.T. ve Dunlop, B.W. (2007). *Anksiyete Bozuklukları'nın Güncel Tanı ve Tedavisi* (T. Ülker Çev.) And Danışmanlık.
- [77]. Erdal, I. ve Umut I. (2013). *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Ankara: Rotatıp Yayıncılık.
- [78]. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (E. Köroğlu Çev.) Ankara: HYB.
- [79]. Öner, P. ve Aysev, A. (2006). Çocuk ve Ergenlerde Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Sted*, 10 (11), 409-411.

- [80]. Rees, C.S. ve Koesveld, K.E. (2008). An Open Trial of Group Metacognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 451-458.
- [81]. Ruscio, A.M., Stein, D.J., Chiu, W.T. ve Kessler, R. C. (2010). The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63.
- [82]. Zauszniewski, J.A., Bekhet, A.K. ve Suresky, M.J. (2010). Resilience in Family Members of Persons with Serious Mental Illness. *Nurs Clin North Am*, 45 (4), 613-626.
- [83]. Nilsson, S., Gustafsson, L. ve Nolbris, M.J. (2015). Young Adults' Childhood Experiences of Support when Living with a Parent with a Mental Illness. *Journal of Child Health Care*, 19(4) 444-453.
- [84]. Sansom-Daly, U.M., Peate M., Wakefield C.E., Bryant R.A. ve Cohn R.J. (2012). Young Adults Living with Chronic Illness. *Health Psychology American Psychological Association*, 31 (3), 380-393.
- [85]. Saunders, J.C. (2003). Families Living with Severe Mental Illness: a Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175-198.
- [86]. Medin, L.K., Edlund, B. ve Ramklint M. (2007). Experiences in a Group of Grown-Up Children of Mentally Ill Parents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 744-752.
- [87]. Manning, C. ve Gregoire, A. (2008). Effects of Parental Mental Illness on Children. *Psychiatry*, 8(1), 7-9.
- [88]. Eren, İ., Şimşek, D. ve Çalışkan, A.M. (2010). Şizofreni Hastalarında Yetiyitimi Ve Belirti Şiddetinin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23, 68-78
- [89]. Gülseren, L. ve Erol, A. (2000). Şizofrenide İlaç Sağaltımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10, 213-227.
- [90]. Smith, M. (2004). Parental Mental Health: Disruptions to Parenting and Outcomes for Children. *Child & Family Social Work*, 9, 3-11.
- [91]. Cooklin, A. (2006). Children of Parents with Mental Illness from Children in Family Contexts *Chapter*, 12, 265-289.
- [92]. Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M.Y., Seçil, M., Can, S. ve diğerleri. (2001). Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2 (1), 5-14.
- [93]. Mordoch, E. ve Hall, W.A. (2002). Children Living with a Parent who has a Mental Illness: a Critical Analysis of Theliterature and Research Implications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16 (5), 208-216.
- [94]. Terzian, A.C.C., Andreoli, S.B., Oliveira, L.M. ve McGrath J.J.M.J. (2007). A Cross-Sectional Study to Investigate Current Social Adjustment of Offspring of Patients with Schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 257, 230-236.
- [95]. Mattejat, F. ve Remschmidt, H. (2008). Unmet Needs of Families of Adults with Mental Illness and Preferences Regarding Family Services. *Psychiatric Services*, 59 (6), 655-662.
- [96]. Williams, K. ve Mcgillicuddy-De Lisi, A. (2000). Coping Strategies in Adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20, (4), 537-549
- [97]. Stallard, P., Norman, P., Dickens, S.H., Salter, E. Ve Cribb, C. (2004). The Effects of Parental Mental Illness upon Children: a Descriptive Study of the Views of Parents and Children. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 9, 39-52.
- [98]. Gibney, P. (2006). The Double Bind Theory: Still Crazy-Making after All These Years. *Psychotherapy in Australia*, 12 (3), 48-55.
- [99]. Trondsen, M.V. (2012). Living with a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives. *Qualitative Health Research*, 22 (2), 174-188.
- [100]. Hesi, S., Herbert, M., Manjula, M. ve Philip, M. (2013). Growing up with a Parent Having Schizophrenia: Experiences and Resilience in the Offsprings. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(2), 148-153.

- [101]. Gooding, D.C., Coleman, M.J., Roberts, S.A., Shenton, M.E., Levy, D.L. ve Kimling L.E. (2010). Thought Disorder in Offspring of Schizophrenic Parents: Findings from The New York High-Risk Project. *Schizophrenia Bulletin*, 1-9.
- [102]. Townsend, M.C. (2011). *Essentials Of Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. America: Davis Company.
- [103]. Östman, M. ve Hansson, L. (2002). Children in Families with a Severely Mentally İll Member Prevalence and Needs for Support. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37, 243-248.
- [104]. Öç, Ö.Y., Şişmanlar, Ş.G., Ağaoğlu, B., Tural, Ü., Önder, E. ve Karakaya, I. (2006). Anne-Babalarında Ruhsal Bozukluk Olan Çocukların Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 9, 123-130.
- [105]. Gladstone, B.M., Boydell, K.M., Seeman, M.V. ve Mckeever P.D. (2011). Children's Experiences of Parental Mental İllness: a Literature Review. *Early Intervention in Psychiatry*; 5: 271-289
- [106]. Aldridge, J. (2006). The Experiences of Children Living with and Caring for Parents with Mental Illness. Child Abuse Review. *John Wiley & Sons*, 79-88.
- [107]. Somers, V. (2007). Schizophrenia: The Impact of Parental Illness on Children. *British Journal of Social Work*, 37, 1319-1334.
- [108]. Manjula, M. ve Raguram, A. (2009). Self-Concept in Adult Children of Schizophrenic Parents: an Exploratory Study. *Int J Soc Psychiatry*, 55, 471.
- [109]. Estevam, M.C., Marcon, S.S., Antonio, M.M., Munari, D.B. ve Waidman M.A.P. (2011). Living with Mental Disorders: Family Members' Perspective Have on Primary Care. *Online*, 45(3), 677-84.
- [110]. Erdim, L., İnal, S. ve Bozkurt, G. (2015). Psikiyatrik Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamının Çocuklar Üzerine Etkisi. *HSP*, 2, 233-240.
- [111]. Hosin, A.A. (2007). *Responses to Traumatized Children*. Great Britain: Palgrave Macmillan.
- [112]. Houlihan, D., Sharek, D. ve Higgins, A. (2012). Supporting Children whose Parent has a Mental Health Problem: an Assessment of the Education, Knowledge, Confidence and Practices of Registered Psychiatric Nurses in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 1-9.
- [113]. Orel, N.A., Groves, P.A. ve Shannon, L. (2003). Positive Connections: a Programme for Children who have a Parent with Mental İllness. *Child & Family Social Work*, 8, 113-122.
- [114]. Aldridge, J. ve Becker, S. (2004). Children Caring for Parents with Mental Illness: Perspectives of Young Carers, Parrents and Professionals. *Child and Family Social Work*, 9, 313-315.
- [115]. Smith, M. (2004). Parental Mental Health: Disruptions to Parenting and Outcomes for Children. *Child & Family Social Work*, 9, 3-11.
- [116]. Boyd, M.A. (2008). Family Assessment and İnterventions. Boyd (Ed.), *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*, 291-304.
- [117]. Pölkki, P., Ervast, S.A. ve Huupponen, M. (2004). Coping and Resilience of Children of a Mentally İll Parent. *Soc Work Health Care*, 39, 151-163.
- [118]. Doğan, O. (2001). Şizofreni Hastalarının Evde Bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 41-46.
- [119]. Goldstein, M.J. (2000). ABD'de Şizofreni Tedavisi Kapsamında Ruhsal-Eğitsel Aile Programları (N. Şen Çev.), *Şizofreni Yazıları Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayın Organı*, 1 (1).
- [120]. Doornbos, M. (2002). Family Caregivers and Mental Health Care System: Reality and Dreams. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16 (1), 39-46.
- [121]. Kuşcu, M., Duman, Z.Ç. ve Akman, M., Üçok, A. Ve Göktepe, E.O. (2006). Şizofreni Tedavisinin Aile Merkezli Değerlendirilmesi: Marmara Tedaviyi Değerlendirme Aile Görüşmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 192-203.
- [122]. Mohr, W.K. (2000). Partnering with Families. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38 (1), 15-22.
- [123]. Şahin, N.H., Batıgün, A.D., Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13 (2), 125-135.

- [124]. Norman, G. (2010). Likert Scales, Levels Of Measurement And The “Laws” of Statistics. *Adv in Health Sci Educ*, 15, 625–632.
- [125]. Buldukoğlu, K., Bademli, K., Karakaya D., Göral G. ve Keser, İ. (2011). Ruhsal Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamak Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*, 3 (4), 683-703.
- [126]. Barlas, G.Ü., Karaca, S., Onan, N. ve Işıl, Ö. Ve Ark. (2010). Üniversite Sınavına Hazırlanan Bir Grup Öğrencinin Kendilik Algıları ve Ruhsal Belirtileri Arasındaki İlişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 18-24.
- [127]. Karadağ, Ö. (2008). *Ankara’da Bulunan Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Adölesanlarda Sosyodemografik Özelliklerin ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Açısından Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [128]. Çaman, Ö.K. ve Özcebe, H. (2011). *Ankara’da Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Ergenler: Ruhsal Belirtileri, Fiziksel Etkinlik Düzeyi ve İlişkili Etkenler*. Türk Psikiyatri Dergisi, 22 (2), 93-103.
- [129]. Dağlı, S.Ç. (2009). *Düzce Üniversitesi Düzce Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Şiddet Sıklığının ve Kısa Semptom Envanteri’nin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Düzce Üniversitesi, Düzce.
- [130]. Mowbray, C.T., Bybee, D., Oyderman, D., Macfarlane, P. ve Bowersox N. (2006). Psychosocial Outcomes for Adult Children of Parents with Severe Mental Illnesses: Demographic and Clinical History Predictors. *Health & Social Work*, 31(2), 99-108.
- [131]. Ulusoy, M.D., Demir, N.Ö. ve Baran A.G. (2007). Ebeveynin Çocuk Yetiştirme Biçimi ve Ergen Problemleri: Lise Son Sınıf Gençliği Örneği. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3 (3), 367-386.
- [132]. Akfert, S.K., Çakıcı, E. ve Çakıcı M. (2009). Üniversite Öğrencilerinde Sigara-Alkol Kullanımı ve Aile Sorunları İle İlişkisi. *Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 10, 40-47.
- [133]. Eryılmaz, A. (2011). Ergenlerin Öznel İyi Oluşlarıyla Aile Ortamları Arasındaki İlişki. *Aile Toplum ve Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 1, 93-101.

EKLER

EK 1 : Kişisel Bilgi Formu

Değerli katılımcı, aşağıda “Şizofreni hastalarının ergenlik dönemindeki çocuklarının ruh sağlığını etkileyen etmenleri” belirlemek amacıyla planladığımız araştırmayla ilgili sorular yer almaktadır. Tüm soruların cevaplandırılması araştırmanın güvenilirliği ve geçerliliği açısından önem taşımaktadır. Verdiğiniz cevapların hepsi gizli kalacaktır. Araştırmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederim.

Yakup DÜNDAR

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ansbilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz:
 Kız Erkek
3. Bir örgün eğitim kurumunda öğrenim görüyor musunuz?
 Evet
 Hayır (lütfen nedenini belirtiniz).....
Bu soruya “hayır” yanıtını verdiyseniz 6. soruya geçiniz.
4. Öğrenim görüyorsanız okul türünüzü belirtiniz: (lütfen yazınız).....
5. Aile Tipiniz nedir?
 Çekirdek aile (anne-baba-kardeş)
 Geniş aile (anne-baba-kardeş-anneanne-babaanne-dede ya da akraba)
 Tek ebeveynli aile A. Anne ile yaşıyor B. Baba ile yaşıyor.
 Diğer. (Lütfen yazınız)
6. Kaç kardeşsiniz (Lütfen yazınız):.....
7. Annenizin yaşı (Lütfen yazınız):.....
8. Annenizin eğitim durumu nedir?
 Okur-yazar değil
 Okur-yazar
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Yüksekokul

9. Annenizin mesleği (Lütfen yazınız):.....
10. Babanızın yaşı (Lütfen yazınız):.....
11. Babanızın eğitim durumu nedir?
 Okur-yazar değil
 Okur-yazar
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Yüksekokul
12. Babanızın mesleği (Lütfen yazınız):.....
13. Anne ve babanızın aile içindeki tutumları aşığıdakilerden hangisi gibidir?
 Demokratik
 Disiplinsiz
 Baskıcı
 Tutarsız
 İlgisiz
14. Anneniz evde şiddet uygular mı?
 Evet
 Hayır
15. Babanız evde şiddet uygular mı?
 Evet
 Hayır
16. Annenizle babanız birbirleriyle iyi geçinirler mi?
 İyi geçinirler
 Ara sıra kavga ederler
 Şiddetli geçimsizlik var
17. Aileyi geçindiren kim (Lütfen yazınız):.....
18. Ailenizin ortalama aylık geliri nedir?
 Gelir giderden az
 Gelir gidere denk
 Gelir giderden fazla
19. Hasta olan ebeveyniniz hangisi?
 Annem
 Babam
20. Ne kadar süredir hasta? (Lütfen yazınız):.....
21. Şimdiye kadar toplam kaç kez hastaneye yatışı yapıldı? (Lütfen yazınız):.....

22. Son bir yıl içerisinde hastaneye kaç kez yatışı yapıldı? (Lütfen yazınız):.....
23. Hastanın evde bakımıyla en fazla kim ilgileniyor?
 Ben
 Annem
 Babam
 Kardeşim
 Diğer(lütfen belirtiniz).....
24. Yakın çevrenizden ya da akrabalarınızdan size destek olan var mı?
 Var (kimler destek oluyor) (lütfen belirtiniz).....
 Yok
25. Sosyal güvenceniz var mı?
 Var
 Yok
26. Sigara içme durumu ile ilgili seçeneği işaretleyiniz.
 Hiç içmiyorum
 İçiyorum
27. Alkol içme durumu ile ilgili seçeneği işaretleyiniz
 Hiç içmiyorum
 İçiyordum bıraktım
 Her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim
 Her gün bir dubleden az içiyorum
 Her gün en az bir duble veya daha fazla içiyorum
28. Sırlarınızı paylaşabileceğiniz yakın arkadaş(lar)ınız var mı?
 Var
 Yok
29. Hasta ebeveyninizle toplum içerisinde bir arada görülünce rahatsızlık duyar mısınız?
 Rahatsızlık duymam
 Bazen rahatsızlık duyarım
 Rahatsızlık duyarım

EK 2 : Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasının karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

	Hiç yok	Biraz var	Orta derece ede	Epey var	Çok fazla var
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol ettiği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu korkusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrı					
8. Meydanlık (açık) yerlerde korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme duygusu					
10. İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi					
11. İştahta bozulma					
12. Hiç bir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissi					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16. Yalnızlık hissetme					
17. Hüzünlü, kederli hissetme					
18. Hiç bir şeye ilgi duymamak					
19. Ağlamaklı hissetme					
20. Kolayca incinebilmek, kırılmak					
21. İnsanları sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinde daha aşağı görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					

	Hiç yok	Biraz var	Orta derecede var	Epey var	Çok fazla var
25. Uykuya dalmakta güçlük					
26. Yaptığımız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					
27. Karar vermede güçlük					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30. Sıcak, soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya,yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32. Kafanızın bomboş kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırmanız gerektiği.					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerine toplama) güçlük, zorlanma					
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklardan rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girmek					
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında yalnızlık hissetmek					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50. Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları					
51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

EK 3. Kurum İzni



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sepil Abun



Sayı : B.30.2.MEÜ.0.42.00.00.302-08/1063
Konu : Klinik Uygulama

27/10/2011

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İLGİ: 15/09/2011 tarih ve B.30.2.MEÜ.0.42.00.00.301-10/119 sayılı yazınız.
Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencilerinden Yakup DÜNDAR' ın "Şizofreni Hastalarının Ergenlik Dönemindeki Çocukların Ruh Sağlığını Etkileyen Etmenler" konulu anket uygulaması ile ilgili olarak; Mersin Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 18/10/2011 tarih ve B.10.4.İSM.4.01.00.07.774.03-1396/57989 sayılı yazısı ve eki ilişikte gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Ülkü ÇÖMELEKOĞLU
Enstitü Müdürü

EKLER
Ek-1 Yazı (2 adet)

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI BŞK.
KAYIT TARİHİ : 27.10.2011
KAYIT NO : 165

59

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Eğitim Şube Müdürlüğü

12.10.11 56715

SAYI: B.10.4.ISM.4.01.00.07-774.03-1883
KONU: Tez Çalışması

VALİLİK MAKAMINA

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Yakup DÜNDAR'ın, "**Şizofreni Hastalarının Ergenlik Dönemindeki Çocukların Ruh Sağlığını Etkileyen Etmenler**" konulu tez çalışmasını, 01.10.2011-01.06.2012 tarihleri arasında İlimiz Dr.Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde uygulama talehi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde, tez çalışmasının uygulamaya konulması hususunu Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Aytekin KEMİK
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

- 1 Ad.Anket Formu (7 Syf.)

O L U R

11/10/2011
Durmuş GENÇER
Vali a.
Vali Yardımcısı

10/10/2011 Eğt.Şb.Müd.V.Dr.K.SAYGILI
10/10/2011 Sağ.Müd.Yrd.F.BOZKURT

Adana İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü
Adres: Mustafa Kemal Paşa Bulvarı Yüreğir/ADANA
Tel: 0322 344 03 05 e-mail: adana.es@saglik.gov.tr

İrtibat:
Nurten ERGÜZEL
Eğitim Şubesi

T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Eğitim Şube Müdürlüğü

SAYI:B.10.4.ISM.4.01.00.07-774.03-1396
KONU: Tez Çalışması

18.10.11 57989

MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
MERSİN

İLGİ: 28.09.2011 tarih ve 14009 sayılı yazınız.

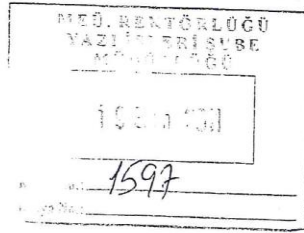
Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Yakup DÜNDAR'ın, "Şizofreni Hastalarının Ergenlik Dönemindeki Çocukların Ruh Sağlığını Etkileyen Etmenler" konulu tez çalışmasını, 01.10.2011-01.06.2012 tarihleri arasında İlimiz Dr.Ekrem TOK Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde uygulama talebi, Valilik Makamının 12.10.2011 tarih ve 56745-1383 sayılı Oluru ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr.Aytekin KEMİK
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

- 1 Ad.Valilik Oluru



12/10/2011 N.ERGÜZEL
12/10/2011 Eğt.Şb.Müd.M.F.ATAY
12/10/2011 Sağ.Müd.Yrd.F.BOZKURT

Adana İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü
Adres: Mustafa Kemal Paşa Bulvarı Yüreğir/ADANA
Tel: 0322 344 03 03 e-mail: adana.es@saglik.gov.tr

İrtibat:
Nurten ERGÜZEL
Eğitim Şubesi

EK 4: Etik Kurul Onayı



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : B.30.2.MEÜ.0.05.06.00/17


13/01/2012

Konu : Kurul Kararı

Sayın Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ
Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Şizofreni Hastalarının Ergenlik Dönemindeki Çocuklarının Ruh Sağlığını Etkileyen Etmenler" adlı çalışmaya ilişkin 05/01/2012 tarihli ve 2012/18 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Kurul Başkanı

EKLER:

- 1- Kurulun 05/01/2012 tarihli ve 2012/18 sayılı kararı (1 sayfa)
- 2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (2 sayfa)

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
05/01/2012	01	2012/17

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Şizofreni Hastalarının Ergenlik Dönemindeki Çocuklarının Ruh Sağlığını Etkileyen Etmenler" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 13/12/2011 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın yürürlükte olan ilgili yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Başkan Yrd.

İmza
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI
Raportör

İmza
Prof. Dr. Lülüfer TAMER GÜMÜŞ
Üye

İmza
Doç. Dr. İrfan AYAN
Üye

İmza
Doç. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI
Üye

(Katılmadı)
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

İmza
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

İmza
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Üye

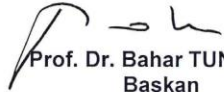
İmza
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

(Katılmadı)
Uzm. Dr. Oğuz KARDAŞ
Üye

(Katılmadı)
Hürrem Betül LEVENT
Üye

İmza
Lale DAĞLI
Üye


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

T.C
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Hastalarının Ergenlik Dönemindeki Çocuklarının Ruh Sağlığını Etkileyen Etmenler			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastahkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışması- Hemşirelik Etkinliklerinin Sınırları İçerisinde Yapılacak Araştırma				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>			
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>			
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>			
	İLAN	<input type="checkbox"/>			
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>			
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
	DİĞER: GİRİŞİMSİZ OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>			

T.C
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

	ANKET FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMACILARIN ÖZGEÇMİŞİ	<input checked="" type="checkbox"/>	
	3 ADET LİTERATÜR	<input checked="" type="checkbox"/>	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2012.18	Tarih: 05.01.2012	
	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 toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

MERSİN ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	H	E	H	E	
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Meslek Bilimleri Bölümü Farmakoloji Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülçin YAPICI	Halk Sağlığı	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Lülüfer TAMER GÜMÜŞ	Biyokimya	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Biyokimya Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İrfan AYAN	Ortopedi ve Travmatoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Ortopedi ve Travmatoloji Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aylin ERTEKİN YAZICI	Psikiyatri	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Psikiyatri Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE	Biyomühendislik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Oya ÖGENLER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıp Tarihi ve Etik Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji Ab.D.	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Oğuz KARDAŞ	Üroloji	Mersin Devlet Hastanesi	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Yüksek Şehir Plancısı Hürrem Betül LEVENT	Şehir ve Bölge Planlama/Uluslararası Proje Yönetimi	Mersin Ticaret ve Sanayi Odası Projesi Müdürlüğü	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E	<input checked="" type="checkbox"/>	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : YAKUP DÜNDAR
Doğum Tarihi : 20.11.1978
E-mail : dundaryakup@hotmail.com
Öğrenim durumu :

Derce	Bölüm / Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Yüksekokulu	Pamukkale Üniversitesi	1997 - 2004

Görevler :

Görev ünvanı	Görev yeri	Yıl
Sağlık Memuru	Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	2007-...

Eserler (Makaleler ve Bildiriler)

1. Bozdoğan, S., DüNDAR, Y. (2009). Farklı Tedavi Düzeylerindeki Şizofreni Hastalarının Benlik Saygısı ve Kendini Damgalama Düzeyleri; II. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Günleri (uluslararası katılımlı). 4-6 Haziran, Düzce.
2. Bozdoğan, S.Y., Manav, A.İ., Sedef, N.N., DüNDAR, Y., Ateş, D. ve Özler, S. (2016). Bölge Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Duygusal Zeka Düzeyleri ve Ruhsal Hastalık/Hastalara İlişkin Görüşleri Arasındaki İlişki. IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa.