

T.C.
Mersin Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Ana Bilim Dalı

ŞİZOFRENİ HASTALARININ YAKINLARINA YÖNELİK BİR PSİKOEĞİTİM
PROGRAMININ ETKİLİLİĞİ

Seçil YİĞİT

Yrd. Doç. Dr. Arzu AYDIN ACI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Mersin, 2015



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi Olarak Sunduğum " Şizofreni Hastalarının Yakınlarına Yönelik Bir Psikoeğitim Programının Etkililiği " Başlıklı Bu Çalışmanın, Bilimsel Etik Kurallara ve Geleneklere Uygun Şekilde tarafımdan yazıldığını ve yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini onurumla doğrularım.

28.10.2015

Seçil YİĞİT

Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Seçil YİĞİT tarafından hazırlanan ŞİZOFRENİ HASTALARININ YÖNELİK BİR PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ ETKİLİLİĞİ başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Bölümü Ana Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başarılı

Başarısız

Üye

Yrd. Doç. Dr. Arzu AYDIN ACI
(Danışman)

Üye

Doç. Dr. Serap AKGÜN

Üye

Yrd. Doç. Dr. Kadir ÇAKIR

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim elemanlarına ait olduklarını onaylarım.

Onay

Prof. Dr. Süleyman DEĞİRMEN
Enstitü Müdürü



ÖNSÖZ

Güvenini ve desteğini bana her daim hissettiren, tüm tez aşamamda beni motive eden, değerli görüş ve önerileriyle bana yol gösterip, sabırla tüm yanlışlarımı düzelten tez danışmanım olmasından onur duyduğum kıymetli hocam Yrd. Doç. Dr. Arzu AYDIN'a, araştırmama gönüllü olarak katılan tüm hasta ve hasta yakınlarına, akademik bilgileriyle tez aşamamda her zaman bana yardımcı olmaya çalışan arkadaşlarım Gamze ve Zümrüt'e çok teşekkür ederim.

Beni yetiştiren, bugünlere gelmemi sağlayan, eğitim hayatımın her aşamasında sonsuz destekleri olan anne ve babama, uzmanlık unvanı alacağım için çok sevinen ancak kısa bir süre önce kaybettiğimiz hayatımda çok özel bir yeri olan rahmetli anneanneme, hayatıma girdiğinden itibaren her konuda bana güç veren ve tez hazırlama sürecinde de desteğini her zaman hissettiğim sevgili eşim Ozan'a, doğduğundan itibaren tez hazırlayan annesine varlığıyla tüm yorgunluğunu unutturan canım oğlum Poyraz'a tüm kalbimle teşekkür ederim.

ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı şizofreni hasta yakınlarına yapılan psikoeğitimsel müdahalenin şizofreni hastalarının algılanan duygu dışavurum, kaygı, pozitif/negatif semptomları ve şizofreni hasta yakınlarının şizofreni hakkında bilgi, kaygı ve duygu dışavurumu üzerindeki etkilerini araştırmaktır. Öncelikle müdahale programının problem ve eksiklerini değerlendirmek amacıyla bir pilot çalışma yürütülmüştür. Sonra bu ana müdahale programı iki gruba uygulanmıştır.

Bu 8 oturumluk program; psikoeğitim, iletişim becerileri, problem çözme, öfke kontrolü bileşenlerinden oluşmaktadır. Toplamda 82 şizofreni hastası ve hasta yakını (44 tedavi, 38 kontrol) çalışmaya dahil edilmiştir.

Tedavi ve kontrol gruplarındaki şizofreni hastaları ve hasta yakınlarının uygulama öncesi ve sonrası ölçümlerini karşılaştırmak üzere 2X2 tekrarlı ölçümler için varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Çalışma sonuçları bu 8 oturumluk psikoeğitimsel müdahalenin hasta yakınlarının şizofreni hakkında bilgi ve duygu dışavurumu düzeylerinde pozitif bir etkisi olduğunu göstermiştir. Dahası doğrudan hastalara müdahale uygulanmadığı halde sonuçlar hastaların algılanan duygu dışavurum düzeylerinde azalma olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte müdahale programının ne hastaların ne de hasta yakınlarının kaygı ve aile ortamı puanları ve hastaların pozitif/negatif semptomları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.

Anahtar kelimeler: şizofreni, aile, psikoeğitim, duygu dışavurumu, algılanan duygu dışavurumu

ABSTRACT

The main aim of the study was to investigate the effects of psycho-educational intervention for the key relatives of patients with schizophrenia, on perceived expressed emotion, anxiety and positive/negative symptoms of patients and the expressed emotion, anxiety and knowledge about schizophrenia of their key relatives. Firstly, a pilot study was conducted to evaluate the deficiencies and problems of the intervention program. Then, the main intervention program was implemented two different treatment groups.

The 8 sessions of the main program covers psycho-education, communication skills, problem solving and anger management components. Totally 82 patients with schizophrenia and their key relatives (44 treatment, 38 control) were included in the study.

A number of 2X2 factorial analyses of variance (ANOVA) with repeated measures were used for the comparison of pretest and posttest measures of key relatives and patients with schizophrenia across treatment and control groups. The findings of the study showed that the 8 sessions psycho-educational intervention has a positive impact on the key relatives' expressed emotion levels and knowledge about schizophrenia. Furthermore, although no direct intervention was conducted with the patients, the results indicated that the levels of perceived expresses emotion in patients with schizophrenia were reduced as well. However, the results showed that the intervention program does not have significant effects on both, anxiety and family environment scores of key relatives and those of patients and also on positive/negative symptoms of patients.

Key words: schizophrenia, family, psycho-education, expressed emotion, perceived expressed emotion

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	1
ÖZET	2
ABSTRACT	3
TABLolar DİZİNİ	7
ŞEKİLLER DİZİNİ	8
EKLER DİZİNİ	9
GİRİŞ	10
I. KURAMSAL ÇERÇEVE VE GÖRGÜL ARAŞTIRMALAR	13
I.1. GENEL BİLGİLER	13
I.1.1. Şizofreninin Tanımı	13
I.1.2. Şizofreninin Tarihçesi	14
I.1.3. Şizofreninin Epidemiyolojisi	17
I.1.4. Şizofreninin Etiyolojisi	19
I.1.5. Şizofrenide Belirti ve Bulgular	22
I.1.6. Şizofreninin Tanı Ölçütleri	24
I.1.7. Şizofrenin Alt tipleri	26
I.1.8. Şizofrenide Tedavi	28
I.1.9. Şizofreni ve Aile	30
I.1.10. Şizofreni ve Aileye Yönelik Psiko eğitim	32
I.2. Araştırmanın Amacı	47
I.3. Araştırmanın Önemi	47
I.4. Hipotezler	48
II. PİLOT ÇALIŞMA	49

II.1. Yöntem.....	49
II.1. 1. Amaç.....	49
II.1. 2. Katılımcılar.....	49
II.1.3. Veri Toplama Araçları.....	50
II.1.3.1. Hastalar için Sosyodemografik Bilgi Formu:	50
II.1.3.2. Hasta Yakınları için Sosyodemografik Bilgi Formu	50
II.1.3.3. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS)	50
II.1.3.4. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS)	51
II.1.3.5. Dışavurulan Duygu Düzeyi (DDD)	51
II.1.3.6. Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ).....	52
II.1.3.7. Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği.....	52
II.1.3.8. Sürekli Kaygı Ölçeği.....	52
II.1.3.9. Psikoeğitim Değerlendirme Formu.....	53
II.1.4. İşlem	53
II. 2. Bulgular	54
II. 3. Tartışma.....	61
II.3.1. Veri Toplama Araçları:.....	61
II.3.2. Seans Sayısı:	62
II.3.3. Seans Süresi	62
III. ASIL ÇALIŞMA	63
III.1. Yöntem	63
III.1.1. Amaç	63
III.1.2. Katılımcılar.....	63
III.1.3. Veri Toplama Araçları	66
III.1.4. İşlem.....	66
III.1.4.1. Süreç	67

III.1.4.2. Ortam	68
III.1.4.3. Rol Çalışmaları	68
III.1.4.4. Ödevler	68
III.1.4.5. Psikoeğitim	69
III.1.4.6. Etik İlkeler	70
III.2. Verilerin Analizi	70
III.3. Bulgular	71
III.4. Tartışma	80
III.4.1. Müdahale Programının İçerik ve Süreç Olarak Değerlendirilmesi	80
III.4.2. Bulguların Tartışılması	83
III.4.3. Gözlem ve Öneriler	88
KAYNAKÇA.....	91
EKLER	101

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Şizofreninin Etiyolojisi	20
Tablo 2: Şizofreni ve Aile Eğitimi Üzerine Yapılan Çalışmalar (2000-2014).....	40
Tablo 3: Pilot Çalışma Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öntest ve Sontest Ölçek Puanları.....	55
Tablo 4: Pilot Çalışma Deney ve Kontrol Grubundaki Hasta Yakınlarının Öntest ve Sontest Ölçek Puanları	59
Tablo 5: Pilot Çalışma Hasta Yakınlarının Psikoeğitimden Yararlanma Düzeyleri	61
Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Demografik Özellikleri	64
Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubundaki Hasta Yakınlarının Özellikleri.....	65
Tablo 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öntest ve Sontest Ölçek Puanları.....	72
Tablo 9: Asıl Çalışmada Deney ve Kontrol Grubundaki Hasta Yakınlarının Öntest ve Sontest Ölçek Puanları	77
Tablo 10: Hasta Yakınlarının Psikoeğitimden Yararlanma Düzeyleri.....	80

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Şizofreninin Tarihi Gelişimi	17
Şekil 2: Şizofreninin Etiyolojisi	22
Şekil 3: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Garip Davranış Alt Ölçeği Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma	56
Şekil 4: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Müdahale Alt Ölçeği Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma	57
Şekil 5: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Toplam Duygu Dışavurum Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma	58
Şekil 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Hasta Yakınlarının Toplam Duygu Dışavurum Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma	60
Şekil 7: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Duygusal Tepki Alt Ölçeği Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma	74
Şekil 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hoşgörü Alt Ölçeği Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma	75
Şekil 9: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Toplam Duygu Dışavurum Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma	76
Şekil 10: Deney ve Kontrol Grubundaki Hasta Yakınlarının Toplam Duygu Dışavurum Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma	78
Şekil 11: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Şizofreni Hakkında Bilgi Düzeyinde Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma	79

EKLER DİZİNİ

EK 1: Hastalar için Sosyodemografik Bilgi Formu	101
EK 2: Hasta Yakını Sosyodemografik Bilgi Formu	102
EK 3: Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	104
EK 4: Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	107
EK 5: Duygu Dışavurum Ölçeği.....	108
EK 6: Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği	111
EK 7: Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği	114
EK 8: Sürekli Kaygı Ölçeği	116
EK 9: Aile Ortamı Ölçeği	119
EK 10: Psikoeğitim Değerlendirme Formu	121
EK 11: Şizofreni Hasta Yakınları için Düzenlenen Psikoeğitim Programı El Kitabı.....	122
EK 12: Pilot Çalışmada Hastalardan Alınan Ölçümlere İlişkin Varyans Analizi Tablosu....	
.....	144
EK 13: Pilot Çalışmada Hasta Yakınlarından Alınan Ölçümlere İlişkin Varyans Analizi	
Tablosu	145
EK 14: Asıl Çalışmada Hastalardan Alınan Ölçümlere İlişkin Varyans Analizi Tablosu..	
.....	146
EK 15: Asıl Çalışmada Hasta Yakınlarından Alınan Ölçümlere İlişkin Varyans Analizi	
Tablosu	147

GİRİŞ

Şizofreni birey, ailesi ve toplum için yıkıcı etkileri olan ciddi ve kronik bir ruhsal bozukluktur. Günümüzde en çok kabul gören strese yatkınlık modeline (diathesis-stress model) göre çevresel, genetik, doğum öncesi ve hastalık öncesi yatkınlık faktörlerinin etkileşerek şizofreniye neden olduğu düşünülmektedir. Çevresel faktörler içinde psikososyal stres faktörü pek çok etiyolojik modelde vurgulanmakta ve genetik yatkınlığın olduğu bireylerde genellikle hastalığın seyri ile ilişkili bir etken olarak görülmektedir. Ailesel faktörlerin hastalıkla ilişkisi üzerine yapılan çalışmalar ise ağırlıklı olarak evlat edinme (örn. Tienari vd., 2004), duygu dışavurumu (örn. Marom, Munitz, Jones, Weisman ve Hermesh, 2005) ve tedavi (örn. Pitschel-Walz, Bäuml, Kissling ve Engel, 2001) ile ilgili araştırma sonuçlarına dayanmaktadır.

Ailesel faktörler içinde önemli bir yer tutan duygu dışavurumu kavramının gelişimi 1950'lerin başlarında Brown ve diğerlerinin çalışmaları (1958) ile başlamaktadır. Kavram hasta yakınlarının hastaya ve /veya hastalığa karşı eleştirel, düşmanca ya da aşırı müdahaleci duygu, tutum ve davranışların sözel ya da sözel olmayan yollarla ifade edilmesini anlatmaktadır. Duygu dışavurumu temel psikososyal stres faktörlerinden biri olarak ele alınmaktadır. Ancak diğer çevresel stres faktörleri gibi patolojiktir ya da sadece psikiyatrik hastalığı olan bireylerin ailelerine özgüdür demenin doğru olmadığı, bunun yerine strese karşı daha zayıf bireylerde psikiyatrik belirtilerin yinelemesinde rol oynadığı üzerinde durulmaktadır (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012:13).

Araştırmalar hasta yakınlarında duygusal sıcaklığın fazlalığı ve duygu dışavurumunun düşüklüğü ile olumlu prognozun ilişkili olduğuna işaret ederken (Bentsen vd., 1998) eleştirel, düşmanca ve aşırı müdahaleci ailelerde yinelemelerin fazla olduğu bildirilmektedir (Sczufca ve Kuipers, 2001). Dahası duygu dışavurumunun sadece kısa

dönemdeki yinelemelerde değil uzun dönemde de yordayıcı olduğu bildirilmektedir (Marom vd., 2005:751). Butzlaff ve Hooley (1998) yaptıkları gözden geçirme çalışmasında sadece şizofrenide değil pek çok psikopatolojik durumda yinelemenin anlaşılması ve önlenmesinde duygu dışavurumunun önemine değinmektedirler.

Şizofrenide yinelemenin önlenmesi için ailelerin dahil edildiği müdahalelerin standart ilaç ve bireysel tedavilere kıyasla daha etkili bulunduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (örn. Goldstein vd., 1978; McFarlane vd., 1995). Psikoeğitim temelli bu müdahaleler 1970’li yıllardan itibaren yöntem açısından giderek daha zengin hale gelmiştir. Burada ailelere yönelik müdahale ile kastedilen aile terapileri değildir çünkü aile müdahalelerinin dayandığı varsayımlar, aile terapilerindeki aile içi davranış ve iletişim biçiminin şizofreninin etiolojisinde rol oynadığı savından farklıdır. Lam’a göre (1991:424) aile müdahalelerinin temel varsayımları (1) şizofreni bir hastalıktır, (2) aile hastalığın kaynağında belirleyici değildir, (3) sunulan destekte aileler terapötik ajanlar olarak kullanılır, (4) müdahaleler standart ilaç tedavisi ve ayaktan hasta takibi gibi diğer tedavi bileşenlerinden biri olarak tedavi paketinde yer alır.

Ailelere yönelik müdahalelerin bileşenleri çoğunlukla psikoeğitim, davranışsal problem çözme ve kriz yönetiminin değişik kombinasyonlarından oluşmaktadır. Tüm müdahalelerde vurgulanan ortak nokta aileleri şizofreni hakkında eğitmek, bu yolla aile bireylerindeki tükenmişliği, suçluluk duygularını, kaygı ve huzursuzluğu (distres) azaltmaktır. Müdahalelerin seans sayısı ve süresi açısından değişkenlik gösterdiği, ailelerle bireysel ya da grup olarak çalışılması, ev ya da ev dışı ortamlarda uygulanması, hastanın dahil edilip edilmemesi ya da hastalığın hangi evrede olduğu gibi değişkenlere bağlı olarak da çeşitlendiği bildirilmektedir (Dixon ve Lehman, 1995:631).

Literatürde şizofreni hastalarının bakım veren yakınlarına yönelik psikoeğitim programlarının duygu dışavurumu üzerindeki etkisi üzerine hem yurt dışında hem de ülkemizde yapılan çalışmaların giderek artmakta olduğu görülmektedir (örn. Yamaguchi, Takahashi, Takano ve Kojima, 2006; Moxon ve Ronan, 2008; Yüksel, 2008; Arslantaş, 2009)

Bu çalışmanın hareket noktası şizofreni konusunda aile üyelerinin bilgilendirilmesinin (öncü belirtileri, nedenleri, gidişi, tedavisi vb.) ailenin tedavi ve bakım konusundaki iş birliğini arttıracak varsayımdır. Bunun yanı sıra şizofreni tanısı almış hastalara bakım veren yakınlarının duygu dışavurumunun yüksek olması, hastalığın prognozu açısından olumsuz bir yordayıcı olduğundan, ailelere verilecek psikoeğitimin hasta ve hastalığa yönelik bu olumsuz duygu ve tutumların azaltılmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Buradan hareketle şizofreni hasta yakınlarına yönelik şizofreni hakkında bilgilendirme, öfke kontrolü, empati, iletişim becerileri gibi bileşenlerden oluşan bir psikoeğitim programı hazırlamak ve psikoeğitim sürecinin etkililiğini hem hasta hem de yakını açısından değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda deney ve kontrol gruplarına seçkisiz olarak atanmış olan hasta yakınlarının psikoeğitim öncesi ve sonrasında duygu dışavurumu, kaygı ve hastalık hakkındaki bilgi düzeylerini karşılaştırmak hedeflenmiştir. Yakınları psikoeğitim alan şizofreni hastalarının da pozitif ve negatif belirtiler, duygu dışavurumu ve kaygı gibi değişkenler açısından karşılaştırılması planlanmıştır. Çalışma üç aşamadan oluşmaktadır: (1) psikoeğitim programının hazırlanması (2) pilot uygulamanın gerçekleştirilmesi ve sonuçların değerlendirilerek programa son şeklinin verilmesi (3) asıl uygulamanın yapılması ve sonuçlarının değerlendirilmesi.

I. KURAMSAL ÇERÇEVE VE GÖRGÜL ARAŞTIRMALAR

I.1. GENEL BİLGİLER

I.1.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni kişinin olağan algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, kendi iç dünyasına çekildiği bir ruhsal bozukluktur. Kişinin gençlik yıllarından itibaren üretkenliğini azaltabilen ve çevresiyle önemli uyumsuzluk ve çatışmalar yaşamasına yol açan bu bozukluğun topluma oldukça yüksek bir maliyeti vardır. Şizofreni çok geniş bir şekilde ruhsal belirtileri içermesi nedeniyle psikiyatride en dikkat çeken konularından biri olarak önemini korumaktadır (Köroğlu ve Güleç, 2007:84).

Şizofreni, insanların mantıklı bir şekilde düşünmesini engelleyen, duygularını kontrol etmesini zorlaştıran ve diğer insanlarla olan ilişkilerini kötüleştiren ciddi bir zihinsel hastalıktır. Araştırmalar hastalığın insan beyninde yapısal ve kimyasal değişikliklere yol açtığını göstermektedir. Hastalık her bireyde farklı semptomlarla seyretmekte, diğer bir ifadeyle hastalığın bireye özgü belirtileri olduğu bilinmektedir (Duckworth, 2013:1).

Hastalık sadece hastayı değil, aileleri ve toplumun tamamını da etkilemektedir. Şizofreni hastalarının büyük çoğunluğu hayatlarını devam ettirecek şekilde çalışamazlar. Kendilerine ve yakın çevrelerine yeterince ilgi gösteremezler. Genel olarak hastaların önemli bir kısmı hayatlarına devam edebilmek için başkalarının desteğine ihtiyaç duyarlar.

Tüm bu açıklamalardan anlaşılacağı üzere şizofreni karmaşık bir hastalıktır. Zihinsel süreçlerden davranışsal özelliklere kadar, üzerinde fikir birliğine varılan bilimsel açıklamalara ihtiyaç bulunmaktadır. Günümüzde uzmanlar tüm hastalar için geçerli olan şizofreninin genel karakteristik özellikleri üzerinde fikir birliğine varmış değillerdir.

Birçok araştırmacı ve bilim adamı, şizofreninin nedenleri ve özellikleri üzerinde çalışmaktadır. Buna rağmen henüz kesin yargılara varılamamıştır (Walker, Kestler, Bollini ve Hochman, 2004:402). şizofrenin etiyolojisi, belirtileri, prognozu ve tedavisi gibi pek çok konuda kesin yargı ve tanımlamalara ulaşılammış olması bir açıdan şaşırtıcıdır. Çünkü şizofreni hastalığı çok uzun süredir bilinen, birey, ailesi ve toplum açısından yıkıcı sonuçları olan ciddi bir ruhsal bozukluktur. Bu açıdan şizofreninin tarihsel öyküsünü incelemek de hastalığı anlamak açısından yararlı olabilir.

I.1.2. şizofreninin Tarihçesi

şizofreni hastalık belirtilerinin çok eski dönemlerde de bilindiğine dair pek çok yazılı belge vardır. M.Ö. 1400 yıllarından kalmış Hint Veda yazılı metinlerinde, bugün şizofreni olarak tanımlanan birtakım olgular ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır (Erkoç, 1998:24).

1800'lü yıllara kadar şizofreni hastaları son derece olumsuz etiketlerle toplum dışına itilmiş, hatta cezalandırılmışlardır. 1810 yılında John Haslam bir ruhsal bozukluk olarak şizofreninin tipik bir ICD-10 tanımını yapmıştır. 1850 yılında Benedict Morel yetişkinlerde bilişsel sorunların yaşanması konusuna değinmiştir. 1874 yılında Kahlbaum katatoniyi, 1871 yılında Hecker, hebefreniyi açıklamıştır (Weber ve Engstrom, 1997:377).

şizofreni ile ilgili ilk tanımlamalardan en bilineni Fransa'da Philippe Pinel (1745-1846) tarafından yapılmıştır. Pinel şizofreni hastalığını “düşünme yetisinin ortadan kalkması ya da bozulması (demans)” olarak adlandırdığı bir kategoriye dahil etmiştir (Erdal, 2006).

şizofreniyi ifade etmek için Kraepelin erken bunama (dementiaprecox) kavramını kullanmıştır (Frese, Kinight ve Saks, 2009:370). Kraepelin'in “dementiaprecox” olarak tanımladığı bu hastalık kişide bilinç, duygulanım ve irade alanında büyük bir yıkıma sebep

olabilen kronik bir rahatsızlık olarak belirtilmektedir. Kraepelin yaklaşık 100 yıl kadar önce “erken bunama” olarak tanımladığı tabloyu; katatonik, hebefrenik ve paranoid tip olmak üzere üçe ayırmıştır. Bu ayırım bugünde geçerliliğini hemen hemen sürdürmektedir. Aynı zamanda Kraepelin hastalığın organik etmenlere bağlı olarak ortaya çıktığını ve psikolojik belirtilerin organik değişikliklerde ikincil olarak bulunduğunu söylemekteydi. (Ceylan, 2001:1).

Eugen Bleuler, “dementiaprecox” terimi yerine “şizofreni” terimini kullanarak literatüre kazandıran ilk kişidir. Her iki yazar da hastalığın seyrinde bir miktar iyileşme olabileceğinden söz etmiş olsalar da Kraepelin’in iyileşmeden kast ettiği geçici bir yatışmadır. Bleuler’de benzer şekilde iyileşmeye karamsar yaklaşmış ve hastaların nadiren normal işlevsellik düzeyine dönebileceklerini ifade etmiştir. 20. yüzyıla kadar bu iki öncü yazarın iyimser bakış açısından uzak bakış açısı psikiyatri profesyonellerinin hastalığa karşı tutumları üzerinde belirleyici bir rol oynamıştır ancak 1950’lerde antipsikotik ilaçların keşfi ve tanısıyla bu bakış açısı değişmiştir (Frese, Kinight ve Saks, 2009:370).

1930’larda Kurt Schneider şizofreni hastalığı tanısı için olmazsa olmaz birincil sıra belirtileri tanımlamıştır. Bunlar; düşünce yayılması, düşünce çekilmesi, düşünce okunması, yorum yapan, tartışan, emir veren işitsel varsanılar, somatik varsanılar, sanrılı algılama, duygu ve davranışların başkalarının etkisinde olduğu hezeyanlarıdır (Öztürk, 2010:3).

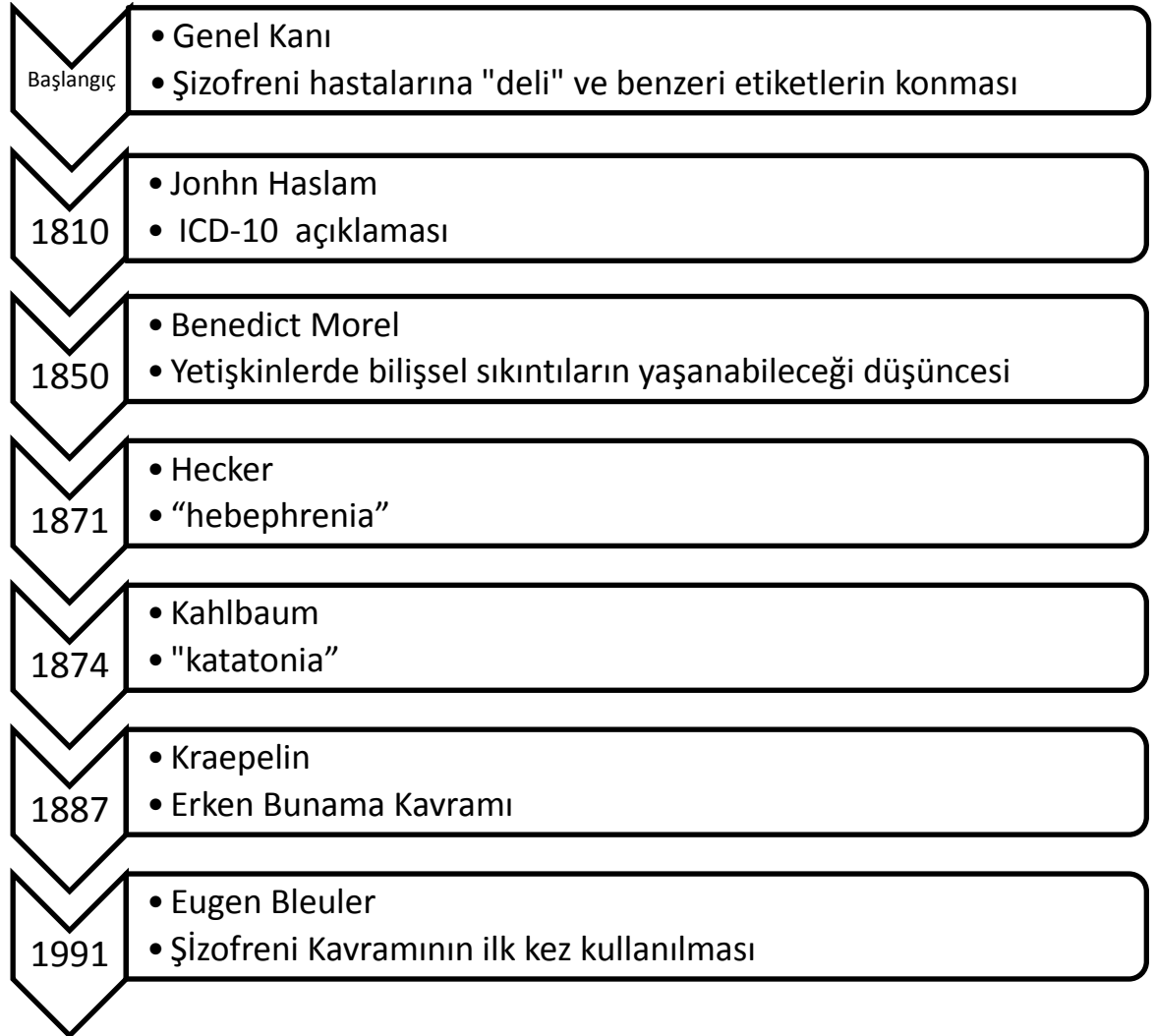
1980’li yıllarla birlikte iki önemli değişim olmuştur. Bunlardan ilki, “Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı”nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III) yayınlanması ve Amerikan Psikiyatrisi’nde üstünlük sahibi olan Bleulerci yaklaşımın yerini Kraepelinci yaklaşımın almasıdır. Yani, şizofreniye eşlik eden zihinsel süreçler konusundaki tartışmalı çıkarımlar ve düşünce bozukluğu, otizm, ambivalans gibi tanımlamalar tanı ölçütleri arasından çıkarılmış, tanımlayıcı düzeyde

sınırlı bir şizofreni kavramı yeniden popüler olmuştur. Diğer bir gelişme bugün tanımlamada kullandığımız pozitif ve negatif semptom kümeleriyle ilgili ayrımın Timothy Crow'un makalesi ile gündeme gelmesidir. Aslında Kraepelin'den beri bilinen bu ayrımın dikkat çekmesi zamanlamasıyla ilişkilidir. O yıllarda nöroleptiklerin tedavide yer bulması ile hastaların pozitif belirtileri kontrol edilebilir olmuş ancak, özbakım, kişilerarası ilişkiler, sorumluluk alma, duygulanım gibi alanlarda negatif belirtileri olan hastaların yaşadığı sorunlara önceden önem verilmese de artık önem verilir hale gelmiştir. (Koroğlu ve Güleç, 2007:94).

DSM-III'te Bleulerci kavramlar tanı ölçütleri dışına çıkarılarak ve daha detaylı tanımlamalarla araştırma ölçeklerine dönüşerek klinik değerlendirme sürecine geri dönmüşlerdir. 1994 yılında yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-IV) tanı ölçütleri arasında negatif belirtilere de yer verilmiştir (Ceylan, 2002:14).

Tarihsel gelişimi göz önünde bulundurulduğunda şizofreninin farklı tanımlamalarının yapıldığı görülmektedir. Tanımı yapıldıktan sonra farklı dönemlerde farklı yaklaşımlar benimsenmiştir. Bu yaklaşımlardan biri süreklilik yaklaşımıdır. Süreklilik yaklaşımına göre şizofreni hastalığı aslında her zaman vardı ve tarihi çok öncelere dayanmaktaydı. Fakat 19. yüzyılda ve 20. yüzyılın başlarında bilim insanlarının DSM-IV tanımlamasıyla beraber aslında var olan hastalığa isim verilmiştir (Berrios, Rogelio ve Villagrán, 2003:111).

Şizofreninin tarihçesi hakkında elde edilen tüm bu bilgiler ışığında, şizofreninin tarihi evreleri şu şekilde gösterilebilir.



Şekil 1: Şizofreninin Tarihi Gelişimi

Şizofreni hastalığının uzun bir tarihi geçmişi vardır. Ancak üzerinde bir asırdan daha uzun süredir çalışma yapılmasına rağmen henüz tatmin edici bir ilerleme sağlanamamıştır ve hastalıkla ilgili pek çok bilinmeyen konu varlığını sürdürmektedir. Dahası, araştırmacılar arasında da birçok konuda fikir ayrılıkları bulunmaktadır. (Berrios, vd., 2003:111).

I.1.3. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreninin epidemiyolojisi hakkında pek çok çalışma yapılmıştır. Son 10 yıl içinde ortaya çıkan yeni sınıflandırma yöntemleriyle şizofreni tanısı için hayli 'kesin'

ölçütler kullanılmaktadır. Bu durum geçmişe kıyasla günümüzde şizofrenide tanı sıklığını epeyce azaltmaktadır. Şizofreni nokta prevalansı günümüzde binde 0.6 ile binde 7.1 arasında değişmektedir. Bir yıllık prevalans ise binde 2.7-7 arasındadır. Şizofreni için bir yılda ortaya çıkan yeni olgu sayısı ise binde 0.11-0.7 arasında değişmektedir (Ceylan, 2001:7).

Amerikan Ulusal Ruhsal Hastalıklar Enstitüsü'nün raporuna göre (National Institute of Mental Health, 2009:4) şizofreni hastalığı kadınları ve erkekleri aynı derecede etkilemektedir. Hem cinsiyet açısından bakıldığında, hem de etnik köken açısından bakıldığında, hastalığın bu gruplardaki görülme sıklığında farklılık bulunmamaktadır. Özellikle 16 ve 30 yaşları arasında belirti sıklığı oldukça fazladır. Ayrıca, 45 yaş sonrası ilk atak nadir görülmektedir.

Buchanan ve Carpenter'e göre (akt. Sönmez, 2008) şizofreni hastalarının dörtte üçünden fazlası sigara içmektedir ve madde kullanımına bağlı bozukluklarla eştanısı yüksektir. Şizofreni hastalarının % 30-50'si alkol kötüye kullanımı veya bağımlılık ölçütlerini karşılamaktadır. Anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltmak için madde kullanımı yaygındır ve madde kullanımı eş tanısı hastalığın prognozu açısından kötüdür.

Gelişmekte olan ülkelerde ve özellikle de Afrika'da şizofreninin epidemiyolojisi karmaşık bir durumdadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından özellikle 1970'ler ve 1990'larda yapılan araştırmalar, şizofreni hastalığının gelişmekte olan ülkelerde çok daha az görüldüğünü ortaya çıkarmıştır. Fakat son zamanlarda artan hızlı şehirleşme, göç ve sanayileşme gibi etkenlerin hastalığın çok daha fazla görülmesine sebep olduğu düşünülmektedir (Burns, 2013).

Şizofreni hakkında elde edilen bilgiler hastalığın özellikle gençlik yıllarında ilk belirtilerinin görüldüğünü ortaya koymaktadır. Özellikle 25 ve 35 yaşları arasında sıklıkla

görülmektedir (Haffner ve Heiden, 1977:149). Madde bağımlılığı ve hormonal faktörler ciddi etkiye sahiptir (Missiry vd., 2009:43). Eaton'a (2006) göre şizofreninin epidemiyolojisi şu şekilde özetlenebilir:

- Şizofreni vakaları dünyanın her yerinde görülebilmektedir,
- Şizofreni farklı kültürlerde görülebilmektedir,
- Şizofrenlerin profilleri farklı kültürlerde aynı özellikleri göstermektedir,
- Farklı katılımcılardan oluşan kültürlerarası çalışmalar yapılmalıdır,
- Hastalık sıklıkla genç erişkinlikte başlar,
- Kadınlarda görülme sıklığı beş yıl geriden gelmektedir,
- Cinsiyet ve yaş birlikte şizofreni tanısında bir değişiklik oluşturmamaktadır,
- Kadın ve erkeklerin hasta olma riskleri aynıdır.

I.1.4. Şizofreninin Etiyolojisi

Sönmez'e (2008) göre şizofreni hastalığına neden olan etiyolojik faktörler tam olarak bilinmemekle beraber yapılan araştırmalar genetik yatkınlık, viral enfeksiyonlar, gebelik ve doğum komplikasyonları, erken çocukluk yaşantılarının hastalığın etiyolojisinde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Şizofreni etiyolojisinde sözü geçen çevresel faktörler arasında kış aylarında doğum, hamilelik sırasında influenza enfeksiyonuna maruz kalma, hamilelik ve doğum komplikasyonları ve kan uyuşmazlığı yer almaktadır.

Şizofreninin nedenleri arasında beyin kimyasında ve beyin yapısında bozulma olduğu ileri sürülmektedir. Hem çevresel faktörler hem de genetik faktörler şizofreni hastalığının ortaya çıkmasına neden olmakta, bu faktörlere birçok tıbbi neden de eklenebilmektedir (Duckworth, 2013).

BCCS (British Columbia Schizophrenia Society, 2008, 3-4), şizofreninin etiyolojisi hakkında 9 maddelik bir özet sunmaktadır. Tablo 1'de söz konusu özet yer almaktadır.

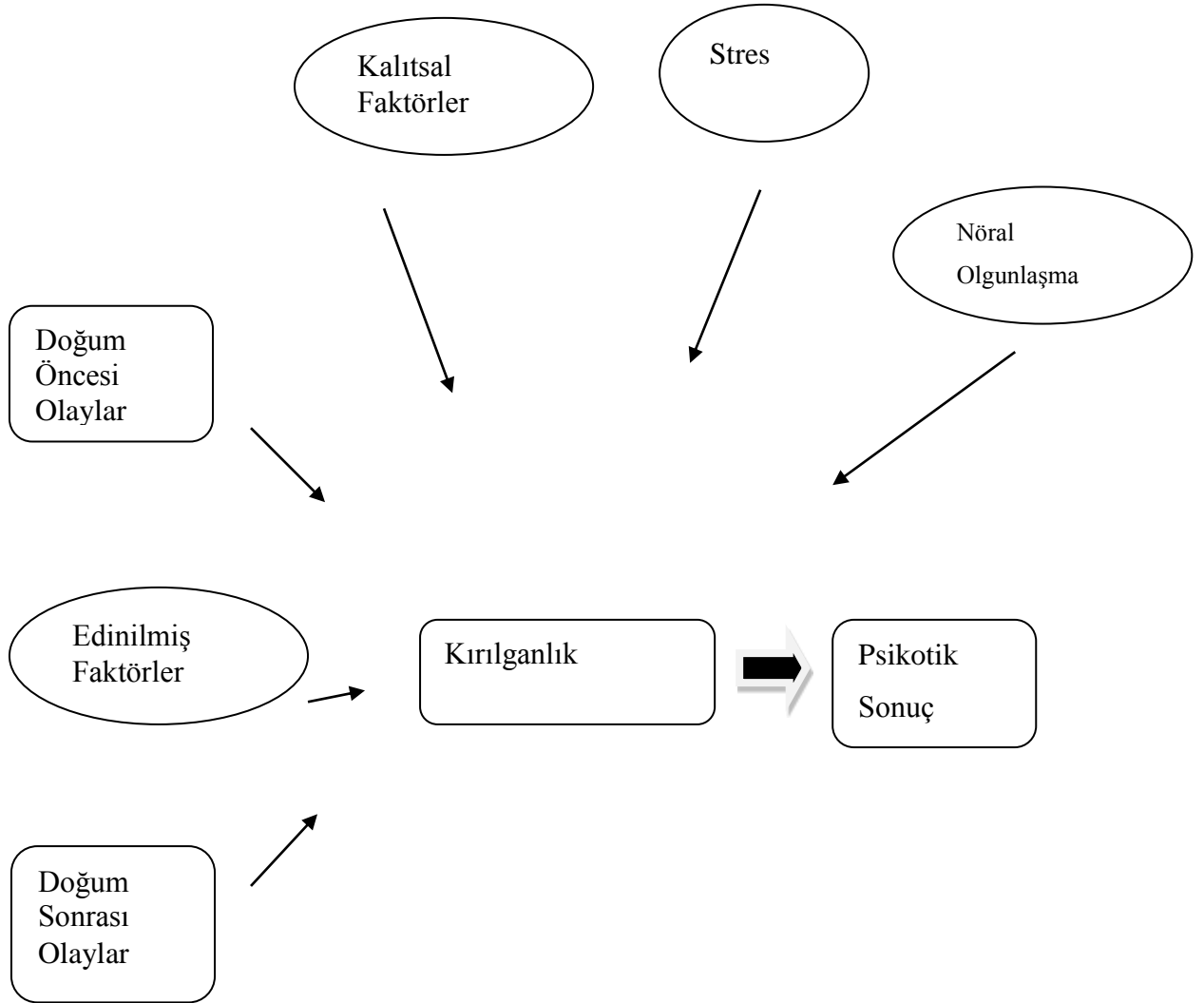
Tablo 1: Şizofreninin Etiyolojisi

NEDEN	AÇIKLAMASI
Genler ve Çevre	Genetik araştırmalar devam etmekle birlikte şizofreniye neden olan gen/genler tanımlanamamıştır. Bazı ailelerde daha fazla görölmektedir fakat şizofrenisi olan bazı hastalarda aile öyküsü bulunmamaktadır.
Farklı beyin yapısı ve kimyası	Beyin içerisinde özellikle sinir sistemlerinde görölen düzensizliklerin şizofreninin nedenleri arasında olduğu bilinmektedir.
Biyokimya	Şizofrenisi olan kişilerde nörokimyasal düzensizlikler görölmektedir. Araştırmacılar beyin hücreleri arasında iletişimi sağlayan nörotransmitterler üzerine çalışmaktadırlar. Modern antipsikotik ilaçlar 3 farklı nörotransmitter sistemini hedeflemektedir (dopamin, serotonin, norepinefrin).
Beyin Kan Akışı	Araştırmacılar modern beyin görüntüleme teknikleri kullanarak bilgi işleme sürecinde beynin farklı bölgelerinin aktive olduğunu kaydetmektedirler. Şizofreni hastalarında ise farklı beyin bölgelerindeki aktivitelerin koordinasyonunu kurmakta zorlanmaktadırlar.
Moleküler Biyoloji	Şizofreni hastalarının belirli beyin hücrelerinde düzensiz bir örüntü vardır. Bu durumun doğum öncesi dönemde ortaya çıktığı da düşünölmektedir.

NEDEN	AÇIKLAMASI
Genetik Yatkınlık	Genetik faktörlerin şizofreni hastalığını ortaya çıkarttığı söylenmektedir. Ancak bu konuda henüz bir fikir birliği sağlanamamıştır. Hastalık diğer aile üyelerinde sıklıkla görülürken, hastalığın görüldüğü kimi ailelerde ise sadece tek kişide şizofreni görülmektedir.
Stres	Stres şizofreniyi ortaya çıkarmamakta ancak var olan hastalık belirtilerini kötüleştirir.
Madde Kötüye Kullanımı	Alkol, tütün ve uyuşturucu gibi maddeler kendi başlarına şizofreniyi neden olmazlar. Fakat bazı maddeler hastalığın kötüleşmesine neden olmaktadır. Madde kullanımı ayrıca sağlıklı bireylerde şizofreni benzeri semptomların ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir.
Beslenme Teorileri	Şizofrenisi olan bireyde iyilik halinin sağlanmasında beslenme önemlidir. Fakat şizofreninin ortaya çıkmasında vitamin eksikliğinin bir etkisi bulunmamaktadır.

Şizofreninin nedenleri hakkında birçok araştırma yapılmaktadır. Ancak epidemiyolojisi kadar kesin sonuçlara ulaşmak zordur. Bu durum şizofreninin en belirsiz hastalıklardan biri olmasına sebep olmaktadır. Bazı araştırmacılara göre (örn. Walker, Kestler, Bollini ve Hochman, 2004:402) birçok şizofreni hastasının 20-25'li yaşlarda hastalığa yakalanması, şizofreni ile duygusallığın ve bağımsızlık isteğinin bir ilişkisi olduğunu göstermektedir.

Walker ve diğerlerine (2004:422) göre şizofreninin ortaya çıkmasında birçok değişken etkili olmaktadır. Walker'a göre doğum öncesi, doğum sonrası olaylar, stres ve nöral olgunlaşma faktörleri etkili olmaktadır. Walker şizofreninin etiyojisini şu şekilde göstermektedir.



Şekil 2: Şizofreninin Etiyolojisi (Walker, vd., 2004:423)

I.1.5. Şizofrenide Belirti ve Bulgular

Literatür incelendiğinde şizofreni semptomlarının üç grupta toplandığı görülmektedir. Bunlar pozitif semptomlar, negatif semptomlar ve bilişsel semptomlardır.

Pozitif semptomlar, psikotik semptomlar olarak da bilinirler. Bu semptomlarda bireyin birçok şekilde gerçekte arasındaki bağı kopardığı görülebilir. Bunlardan biri halüsinasyonlardır. Şizofreni hastası bu aşamada hayal görür ya da gördüklerinin gerçek olduğunu düşünür. Bir diğer belirtide garip düşüncelerin hakim olduğu hezeyanlardır. Dağınık konuşma ve hareketler de pozitif semptomlar arasındadır (Duckworth, 2013).

Negatif belirtiler ise normal işlevlerin yokluğu olarak tanımlanmakta ve duygulanımda küntlük, duygusal içe çekilme ve bilişsel bozulmalar gibi belirtilerle tarif edilmektedir (Strauss vd. 1974; Maj ve Sartorius, 1999:25). Depresyon ve benzeri durumlarla karıştırıldığı için bu semptomların fark edilmeleri oldukça zordur. Bu semptomlar arasında kişinin hareketsiz durması ya da son derece monoton bir biçimde konuşması, günlük hayattaki aktivitelerden zevk alamaması, planlanmış faaliyetlere başlayamama ya da yapamama ve zorlanıldığında dahi konuşamama bulunmaktadır (Birleşik Devletler Sağlık Enstitüsü, 2009:2).

Bilişsel semptomlar da karmaşıktır. Negatif semptomlar gibi bilişsel semptomların da farkına varılması güçtür. Bilişsel semptomlar sadece ilgili testler uygulandığında fark edilirler. Bilişsel semptomlarla kast edilen; bilginin anlaşılmasında ve karar vermede zorlanma, odaklanma ve dikkati verme de zorlanma ve bilgiyi öğrendikten hemen sonra kullanmada güçlüklerdir (Birleşik Devletler Sağlık Enstitüsü, 2009:3).

Semptomların çeşitliliği ve sıklığı kişiden kişiye göre değişiklik göstermektedir. BCSS (2008) kişiden kişiye değişiklik gösteren şizofreni semptomlarının geniş bir listesini hazırlamıştır. BCSS'ye (2008) göre söz konusu semptomlar şu şekilde sıralanmaktadır: Kişisel hijyene verilen önemin ortadan kalkması, depresyon, garip davranışlar, mantıksız açıklamalar, uyuyamama, fazla uyuma, toplumdan uzaklaşma, sosyal izolasyon, kişilikte değişiklikler, beklenmedik düşmanlık, sosyal ilişkilerin bozulması, hiperaktivite,

hareketsizlik, konsantrasyon eksikliği, küçük sorunlarla başa çıkamama, faaliyetlerin dışında kalma, hayatın dışında kalma, akademik becerilerde geride kalma, unutkanlık, sahip olunan şeylerin kaybedilmesi, eleştiriye aşırı tepki gösterme, olumlu duyguların dışavurumunda güçlük, ağlayamama, aşırı ağlama, uygunsuz gülüş, aşırı hassaslık, aktivitelerden uzak durma, alkol kullanımı, madde bağımlılığı, eşyalara ve insanlara dokunmaktan çekinme (BCSS, 2008).

I.1.6. Şizofreninin Tanı Ölçütleri

Dünyada ve ülkemizde sıklıkla kullanılan tanı sistemi DSM'dir.

DSM-V'te, şizofreni tanısı tipik belirtilerin varlığına, bu belirtilerin asgari süresine, sosyal/mesleki işlev bozukluğunun varlığına ve duygudurum bozukluğu, şizoaffektif ve diğer psikotik bozukluklar, genel tıbbi durumlar, madde ile ilişkili bozukluklar ve yaygın gelişimsel bozukluklar ile ayırıcı tanıya dayanır.

Bu bozukluğun tanı ölçütleri DSM-V'te şöyle sıralanmaktadır:

A. Karakteristik semptomlar: Bir aylık dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması:

- 1) hezeyanlar
- 2) halüsinasyonlar
- 3) dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn. çağrışımlarda dağınıklık [sık sık konu dışı sapmalar gösterme] ya da enkoherans)
- 4) ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranış
- 5) negatif semptomlar, yani duygulanımda donukluk (tekdüzelik), aloji (düşünce içeriğinde fakirleşme) ya da avolüsyon (isteksizlik).

Tanı için A grubu tanı ölçütünden en az iki semptomun bulunması gerekmektedir ve karşılanması gereken iki maddenin en az birinin “hezeyan, halüsinasyon ya da dezorganize konuşma” olması da şarttır.

B. Toplumsal/mesleki işlev bozukluğu: İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır.

C. Süre: Bu bozukluğun süregiden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A Tanı Ölçütünü karşılayan semptomları kapsamalıdır; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir.

Dışlama kriterleri: Belirtilerin şizoaffektif bozukluğa, psikotik özellikler gösteren duygudurum bozukluğuna, kötüye kullanılabilen bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerine, genel tıbbi duruma bağlı olmaması gerekmektedir. (APA, 2013)

Tanı ölçütleri için kullanılan bir diğer sistem ICD-10`dur. ICD, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) “Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması”nın kısaltılmışıdır. ICD-10'a göre kesin tanı koydurucu belirtiler olmamakla birlikte, pratik amaçlarla belirtileri sıklıkla birlikte görüldükleri ve tanı için özel önemde olmaları nedeniyle gruplara ayırmak yararlı görülmektedir:

A.Düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi, düşünce yayınlanması,

B.Kontrol edilme, etkilenme ya da edilgenlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ve duyuları etkileyen); sanrısız algılama,

C.Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitsel varsanılar ya da bedenin belli bölgesinden gelen varsanısal sesler,

D.Tümüyle olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren başka sanrılar. Örneğin, dinsel ya da siyasal kimliğe ya da insanüstü güçlere ve yeteneklere sahip olma (hava durumunu denetleyebilme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme gibi),

E.Herhangi bir türden inatçı varsanılar; bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen, gelip geçici ya da yarı sistemli sanrılarla ya da aşırı değer kazanmış düşüncelerle olmalı ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır,

F.Düşüncenin akışında kopma ve başka düşünce sokulması, bunun sonucu olan çağrışımlarda tutarsızlık (incoherence), uygunsuz konuşma ya da sözcük uydurma,

G. Katatonik davranış; örneğin, eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, bal mumu esnekliği, olumsuz tutum, mutizm ve stupor,

H.Negatif belirtiler, belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle toplumsal çekilmeye ve toplumsal performansın düşmesine neden olur; bu belirtilerin depresyona ya da antipsikotik tedavisine bağlı olmadığını bilmesi gerekir (WHO, 1992).

I.1.7. Şizofrenin Alt tipleri

Şizofreninin alt tipleri bazı semptomlar göz önünde bulundurularak sınıflandırılmaktadır. Söz konusu alt tipler paranoid, katatonik, ayrışmamış tip ve residüel tip olarak sınıflandırılmaktadır.

Şizofreni DSM IV alt tipleri ve tanı ölçütleri şöyledir:

Paranoid tip

A) Bir yada birden fazla sanrı veya sıklıkla işitme varsanılarının bulunması.

B) Dezorganize konuşma, dezorganize veya katatonik davranış, düz veya uygunsuz duygulanım klinik görünümde baskın değildir.

Dezorganize tip

Aşağıdaki tüm ölçütler karşılanmalıdır.

A) Dezorganize konuşma, dezorganize davranış, düz veya uygunsuz duygulanım.

B) Katatonik tip ölçütleri karşılanmamalıdır.

Katatonik tip

Aşağıdakilerden iki veya daha fazlası klinik görünümüne hakimdir.

A) Katalepsi (balmumu esnekliğini de kapsamalı) ya da stupor ile karakterize motor hareketsizlik.

B) Amaçsız ve dış uyarıdan etkilenmeyen aşırı motor aktivite.

C) Aşırı negativizm (tüm girişimlere hareketsiz direnç ya da hareket ettirme girişimlerine rağmen katı postürü sürdürme) ya da mutizm.

D) Postür alma, bunun da kanıtı olarak istemli hareketlerde tuhaflıklar (uygunsuz ve bizar postürlerin takınılması), stereotipik hareketler, belirgin mannerizm veya belirgin grimas.

E) Ekolali veya ekopraksi.

Ayrışmamış tip

DSM IV'deki A ölçütleri karşılanmıştır ancak paranoid, dezorganize, katatonik tip tanı kriterleri tam olarak karşılanmaz.

Rezidüel tip

Aşağıdaki ölçütler karşılanmıştır.

A) Belirgin sanrı, varsanı, dezorganize konuşma ve ileri derecede dezorganize ya da katatonik davranışın olmaması.

B) Negatif semptomların ya da A ölçütündeki iki yada daha fazla semptomun daha hafif biçiminin varlığı ile belirlendiği üzere bu bozukluğun sürdüğüne ilişkin kanıtlar vardır (APA,1994).

Paranoid şizofrenide hallüsinasyonların görülmesi doğaldır. Gerginlik, savunma durumunda olma ve kuşkucu davranışlar görülmektedir. Hastalık çoğunlukla 30`lu yaşlarda başlamaktadır. Bu alt tipte saldırganlık görülebilmektedir. Düşünce içeriğinde bozukluk söz konusudur. Hastalık daha genç yaşlarda görülür ve aniden ortaya çıkar (Brown, Cromwell, Fillon, Dunn ve Tollefson, 2002)

Katatonik tipte devinim bozuklukları görülmektedir. 15-25 yaş aralığı başlangıç dönemi olmaktadır. Katatonik tip şizofrenide birey saatlerce hareketsiz kalabilmektedir. Yeme, içme gibi konularda isteksizlik vardır ve yemek yemesi konusundaki tavsiyeleri geri çevirir. Rezidüel tipte bir vurdumduymazlık söz konusudur. Hasta sosyal hayattan kendisini uzak tutar. Ayrışmamış tipte ise belirli bir tipin özellikleri görülmez fakat şizofreni semptomları görülmektedir (Helmes ve Landmark, 2003:703).

I.1.8. Şizofrenide Tedavi

1970`lerden önce, şizofreni tedavisinde kullanılan bireysel ve grup psikoterapileri daha çok psikodinamik teorileri veya hastalığın hastanın ailesinin iletişim şekilleri ya da davranışlarından kaynaklandığını varsayan teorileri temel alıyordu. Bu tedavi yaklaşımları hem temel psikotik semptomların tedavisinde yeterince etkili olmamakta hem de hastanın temel destek sistemi olan ailenin suçlanmasına neden olmaktaydı. Bu nedenle, 1960`lı yıllarda etkili antipsikotik ilaçların da devreye girmesiyle beraber şizofreni tedavisinde psikolojik müdahalelerden uzaklaşma eğilimi oluşmuştur. Fakat son yıllarda depresif belirtilerin tedavisinde bilişsel terapilerin yararlı bulunması klinisyenlere ve araştırmacılara ilaçlara dirençli pozitif psikotik belirtilerin tedavisinde psikolojik müdahalelerden yararlanılabileceğini göstermiştir (Maj ve Sartorius, 1999:95).

Şizofreninin tedavisinde çok boyutlu bir tedavi yaklaşımı izlenerek ilaç tedavisi, psikoterapi ve psikolojik rehabilitasyonu bir arada uygulamak günümüzde en çok tercih

edilen yaklaşımdır. Semptom yönetiminde tıbbi müdahale önemli bir yere sahiptir. Özellikle halüsinasyonların azaltılmasında kullanılan tıbbi ürünlerin önemli düzeyde yararı olmaktadır. Benzer şekilde, terapi de önemli faydalar sunabilmekte ve tedavi planının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. Bilişsel davranışçı terapi özellikle hastalığın gelişim aşamasında son derece faydalı olabilmektedir. Psikolojik rehabilitasyon aktiviteleri özellikle hayatta amaçların oluşturulması, bu amaçlara ulaşma ve diğer insanlarla iletişim gibi konularda yarar sağlamaktadır. Ruh sağlığı merkezleri hastaların bağımsız yaşama, eğitim alma, meslek edinme ya da diğer insanlarla etkileşimlerini arttırmada önemli bir yere sahiptir (Duckworth, 2013).

Şizofrenide etiyolojik faktörler konusu henüz netlik kazanmadığı için kesin sonuca ulaştırılan tedaviler uygulanamamaktadır. Bu sebeple şizofreninin tedavisinde daha çok semptomlar göz önüne alınarak tedavi planlanmaktadır (Birleşik Devletler Sağlık Enstitüsü, 2009:8).

Şizofreni kronik bir hastalıktır ve hayatın her alanını etkilemektedir. Bu sebeple hastalığın tedavisinde üç temel amaç bulunmaktadır. Bunlar: (1) semptomların etkilerinin azaltılması, (2) yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve (3) hastalığın etkilerinin mümkün olduğu kadar azaltılmasıdır. Hastalığın tedavisi uzun dönemli olmak durumundadır. Hastalığın tedavisi sürecinde hasta ve semptomlar hakkında yeni bilgiler elde edildiğinde tedavi planında değişikliklere gidilmesi önerilmektedir (Lehman vd., 2010:9).

Şizofreninin tedavisinde danışmanlık ve davranışsal terapiler önemlidir. Şizofreni tanısı konmuş hastalarda bu uygulamalar hastalık semptomları üzerinde ciddi düzelmeler sağlamaktadır. Davranışsal terapiler ve danışmanlık özellikle bireylerin sosyal hayata adapte olabilmesinde faydalı olmaktadır (Kyziridis, 2005:46).

I.1.9. Şizofreni ve Aile

Aileler yakınlarının şizofreni hastası olduğunu anladıklarında sarsıcı duygular yaşamaktadırlar. Üzüntü, kızgınlık, utanç, korku, endişe, kıskançlık, suçluluk duyguları ve hastalığı kabullenememe ile birlikte uykusuzluk, depresyon, kilo kaybı gibi sağlık sorunları hasta yakınlarında sıklıkla gözlenmektedir.

Şizofreni hastalarının çoğu hastane yatışları sonrasında aileleriyle birlikte yaşamaya devam etmektedir. Bu nedenle aile ortamındaki ilişkiler ve duygu dışavurumunun şizofreni hastalarında hastalığın nüksetmesi ve yeniden hastaneye yatış açısından önem taşıdığı düşünülmektedir (Tüzer vd., 2003:199). Şizofreni hastaları anlaşılmadıklarını hissettikleri, onlara yardım edilmediğini düşündükleri ya da hastaneye yatırıldıkları için öfkeli ve alıngan olabilmektedirler. Hasta yakınları da hastaların beklentilerini tam olarak bilmedikleri için kendilerini kaygılı ya da çaresiz hissedebilmektedirler. Hasta yakınlarının hastanın iyileşmeyeceği ya da hasta olan yakınlarına iyileşmesi için yardım edemeyecekleri düşüncesi ile çaresizlik duyguları artmaktadır. Hasta yakınları hastaya normal bir insanın ihtiyacı olandan daha fazla bakım vermek zorunda olduklarında ve özellikle hastalığın seyrinin olumsuz olduğu dönemlerde öfkenin eşlik ettiği olumsuz duygular daha da yoğunlaşmaktadır. Hasta yakınları kendilerini tüm bu olumsuz duygular nedeniyle de suçlayabilmektedirler. Bununla birlikte, hastalar ve hasta yakınları küçük düşmüş hissedebilir ya da utanç duyabilir ve sosyal olarak kendilerini çevrelerinden izole edebilmektedirler. Aynı ortama özellikle de duygu dışavurumunun yüksek olduğu ailelere geri dönmek, hem hasta hem de aile için zorlu bir durum olabilmektedir. Düşmanlık, eleştiri ve aşırı duygusal kaçınma hastanın semptomlarını arttırıp potansiyel olarak hastanın daha da kötüleşmesine neden olabilmektedir (Moxon ve Ronan, 2008).

Hastalık sırasında düşünce, duygu ve davranışlardaki bozulma hastayı ve ailedeki diğer üyeleri etkilemektedir (Arslantaş, 2011:4). Şizofreni hastalarının ailelerinin yaşadığı güçlükler iki grupta toplanabilir: Birinci gruptaki güçlükler; hastaların sosyal olarak içe çekilmesiyle, ilgi azalmasıyla, kişiler arası ilişkilerinin sınırlılığıyla ilişkilidir. İkinci gruptaki güçlükler ise hastaların bozuk ve baskılanamayan davranışlarıyla ilgilidir. Bu güçlükler aile üyelerinde sıkıntı, depresyon, utanma, suçluluk duyguları, korku, toplumsal ilişkilerde azalma, zamanla tükenmişlik duygusu ve ekonomik güçlüklerle neden olabilmektedir (Kavanagh, 1992).

Gülseren ve diğerleri (2010) şizofreni hastaları ve birincil bakıcı konumundaki 239 hasta yakınıyla yaptığı çalışmada hastanın cinsiyeti erkek ise aile üyelerinin daha fazla bakım yükü hissettiklerini bulmuşlardır. Ekonomik zorlukların olması, hasta yakınlarının hastalardan şiddet görmesi ve hasta yakınlarında sürekli doktor kontrolünü ya da ilaç kullanmayı gerektiren bedensel bir hastalığın varlığı da yükü ilişkili bulunmuştur. Ayrıca hastaların hem negatif hem de pozitif belirtilerinde, genel psikopatoloji düzeyi ve aile yükünün tüm bileşenleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Hastalığın toplam süresi ve süreç boyunca hastanede yatarak tedavi görme sayısı ile yük arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Erbinç ve diğerlerinin (2001) şizofreni tanısı konmuş 42 erkek hasta ve bu hastaların birinci derece yakınlarıyla yaptığı çalışmada duygu dışavurumu yüksek hastalarda hastalığın nüksetme sıklığının duygu dışavurumu düşük gruba göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Hastalanma nedeni olarak ev ve çevreyi gösteren ailelerde; duygu dışavurumu aşırı müdahalecilik puanı yüksek bulunurken; diğer duygu dışavurumu alt ölçek puanlarında farklılaşma bulunmamıştır.

Sefasi ve diğerlerinin (2008) şizofreni tanılı 90 hasta ve bu hasta yakınının katıldığı çalışmalarında aileleriyle birlikte yaşayan şizofreni hastalarıyla hasta yakınlarının ilişkileri incelenmiştir. Hasta yakınlarının şizofreni hakkında bilgi düzeyleriyle bakıcı sorumluluğu arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bilgi düzeyi arttıkça sorumluluğun arttığı bildirilmiştir.

Şizofreni hastalarındaki pozitif ve negatif belirtilerin aile üyeleri tarafından algılanmalarında ve ailelerin bu belirtilere yaklaşımlarında bazı farklılıklar olmaktadır. Ailede negatif belirtiler, pozitif belirtilerden daha çok eleştiriye ve çatışmaya neden olmaktadır ve ailelerin hastaya karşı olumlu ve destekleyici iletişim tarzıyla negatif belirtiler azaltılabilmektedir (Halford ve Varghese, 1991).

Tüzer ve diğerlerinin (2003) 32 hasta ve bu hastaların birlikte yaşadığı birinci derece aile üyelerinden biri ile yaptıkları çalışmada pozitif belirtilerin şiddeti arttığında hasta yakınlarının algıladığı eleştirelilik/düşmanca tutumunda arttığı bulunmuştur. Pozitif belirtiler arttıkça hastanın algıladığı aile içi kuralcılık, aile düzenin katılımı da artmıştır.

Morris, Silk, Steinberg, Myers ve Robinson'un (2007) gerçekleştirdikleri çalışmada aileler ve çocuklar arasındaki duygusal düzenleme üzerinde durulmuştur. Çalışmada ailelerin durumu ile çocukların ve yetişkinlerin duygusal durumları arasındaki ilişkiyi anlamak için geniş çaplı bir literatür taraması gerçekleştirilmiştir. Çalışmada ailenin etkisi üzerinde de durulmuştur. Çalışmada özellikle çocukların duygularını ifade etmeleri konusunda aile üyelerini gözlemleyip, onları bir model olarak benimsedikleri ve aile üyelerinin davranışlarına benzer davranışlar gösterdikleri anlaşılmıştır.

1.1.10. Şizofreni ve Aileye Yönelik Psikoeğitim

Yukarıda da belirtildiği gibi şizofreni hem hastaları hem de aile bireylerini etkilemektedir.

Hastaya ve aile bireylerine ait özelliklerin karşılıklı etkileşimi hastalığın gidişatı üzerinde belirleyici olabilmektedir.

Ailelere hastalık hakkında bilgi vermek, tedaviyi, kriz durumlarında neler yapılacağını, inatçı belirtilerin neler olduğunu, hastaların bunlarla başa çıkmalarında nasıl yardımcı olabileceklerini öğretmek ve hastalıktan kaynaklanan bazı belirtilere karşı hoşgörülü olmalarını sağlamanın tedaviye önemli derecede katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Candansayar, 2005:250)

Aile eğitim programları, şizofreniyle ilgili yaşanan sıkıntıların üstesinden gelmek ve hem hastalar hem de hasta yakınlarına daha rahat bir aile ortamı oluşturmak için neler yapabilecekleri konusunda bilgi sağlamaktadır (Moxon ve Ronan, 2008). Şizofreni hastalarının ailelerine verilen psikoeğitim uygulamalarının etkililiğini araştıran bazı çalışmalara aşağıda yer verilmiştir.

Xiong ve diğerlerinin (1994) yaptığı bir çalışmada Çin’de aileleriyle birlikte yaşayan 63 hasta ve aile üyeleri müdahale programına ve standart tedavi programına atanmışlardır. Müdahale, ilk 2-3 ay iki haftada 1 ailelere şizofreni hakkında bilgi vermeye ve klinisyenler ve aileler arasında ilişki kurulmasına ayrılmıştır. Çalışmanın 12. ve 18. aylarında deney grubundaki hastalarda daha az ve daha kısa hastane yatışı, daha az sosyal işlevsizlik ve daha uzun süre bir işte çalışabilme gözlenmiştir. Kontrol grubuna kıyasla deney grubunun ailelerinin yük seviyelerinin daha düşük olduğu ve müdahalenin standart tedaviden daha az maliyetli olduğu şeklinde görüş ifade etmişlerdir.

Gutierrez ve Caqueo’nun (2007) yaptığı bir çalışmada Latin Amerika’da şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükünü azaltmaya yönelik aile psikoeğitimi programının etkililiği araştırılmıştır. 45 bakım verenin katıldığı çalışmada 22 kişi aile psikoeğitim müdahale programına 23 kişi kontrol grubuna alınmıştır. Haftada 1 kez düzenlenen aile

programını 5 ay sürmüştür. Kontrol grubuna kıyasla aile psikoeğitimi programına katılan grubun yük düzeyinde anlamlı bir azalma gözlenmiştir.

Stengard'ın (2003) yaptığı bir başka çalışmada Finlandiya'daki şizofreni hastalarının aileleri için geliştirilen eğitim müdahalelerinden ikisi (sözel sunum ve video eğitim grubu) karşılaştırılmıştır. Müdahalenin amacı hasta yakınlarının hastalık hakkındaki bilgi düzeylerini geliştirmek ve duygu dışavurumu, nesnel yük ve psikolojik sıkıntı düzeyini değiştirmek olarak belirlenmiştir. 69 kişi sözlü sunum gruplarına 8 seans boyunca ve 128 kişi video eğitim grubuna 6 seans olarak katılmıştır. Her iki eğitimin de belirgin bir bilgi artışı ve katılımcıların psikolojik olarak daha iyi hissetmelerini sağladığı, fakat müdahaleden sonra duygu dışavurum düzeyi ya da nesnel yükte anlamlı bir değişim olmadığı bildirilmiştir. İki yöntem arasında bilgi sağlama konusunda sadece bir fark bulunmuştur. Video grup katılımcıları sözel sunum katılımcılarına kıyasla eğitimden daha fazla yararlandıklarını bildirmişlerdir.

Bir başka çalışmada Cara ve diğerleri (2007) hastaların ailelerine yönelik bilgilendirici bir eğitim vermişlerdir. Hastalar çalışmaya katılmamıştır. Çalışmada 12 ve 24 aylık değerlendirmeler yapılmıştır. Çalışmada eğitim verilen aileler ile eğitim verilmeyen ailelerin yakınmaları arasında ciddi bir fark bulunmuştur. Eğitim alan aileler, bakım sürecinde eğitim almayan ailelere göre çok daha az şikâyette bulunmuşlardır. Çalışmada elde edilen sonuçlardan en önemlisi de ailelere verilen resmi ya da resmi olmayan eğitimin hasta yakınlarının tükenmişlik hissini azalttığı olmuştur.

Kopelowicz, Zarate, Smith, Mint ve Liberman'ın (2003) yaptığı çalışmada Latin Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde hastalıkla baş etmeyi öğretmek için tasarlanmış beceri eğitimi programının etkililiği değerlendirilmiştir. 92 ayakta tedavi gören şizofreni hastası 3 aylık beceri eğitim grubu ve standart ayakta tedavi grubuna seçkisiz olarak atanmışlardır.

Beceri eğitim grubuna katılan hastaların ailelerine de haftada 1 eğitim verilmesi planlanmıştır. Beceri eğitimi beceri edinim ve genellemesi üzerinde doğrudan etkili olduğu ve baş etme becerilerinin hastaneye yatış oranlarında azalmaya yol açtığı bulunmuştur. Yaşam kalitesi ve bakıcı yükü arasında anlamlı bir fark bulunmazken hastalarda beceri eğitimi, hastalıkla baş etmede etkili bulunmuştur.

Pitschel-Walz, Bäuml, Kissling ve Engel (2001) 1977-1997 yılları arasında aileye yönelik girişimlerin hastalıkta yinleme ve hastaneye yatışlar üzerindeki etkisini araştıran çalışmaların bir meta-analizini yapmışlardır. Aile müdahalesinin türü ne olursa olsun standart ilaç tedavisine göre daha etkili bulunmuştur. Ancak uzun süreli müdahalelerin kısa süreli müdahalelere göre daha başarılı olduğu bulunmuştur. Aile müdahalesi ve hasta müdahalesinin birlikte verildiği tedaviyle ve standart ilaç tedavisi karşılaştırıldığında çift yönlü destek sadece ilaç tedavisi verildiği gruplara göre daha etkili bulunmuştur. Aile müdahalesi ve hasta müdahalesinin birlikte yapıldığı grupla sadece hasta müdahalesinin yapıldığı grup karşılaştırıldığında ilk 3 yıl boyunca relaps oranları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu meta-analiz açıkça göstermiştir ki ailelere yapılan müdahale programları hastalıkta yinleme ve hastaneye yeniden yatış oranını azaltmıştır. Başarılı müdahaleler 3 aydan uzun süren tedaviler olarak görülmüştür. Psiko eğitim müdahalesinin pozitif etkisi sadece müdahale sırasında ve kısa süre sonra değil, aylar ve yıllar sonra da devam etmiştir.

Yıldırım ve Ekinci'nin (2010) 78 hasta ve hasta yakınıyla yaptıkları çalışmada psiko eğitim verilen ve verilmeyen tüm hasta yakınlarının başlangıçta aile işlevlerinin sağlıklı, hastaların aileden algıladıkları sosyal destek düzeylerinin ve ilaç tedavisi işbirliğinin önemli düzeyde düşük olduğu (yaklaşık %50 oranında) görülmüştür. 14 haftalık psiko eğitim ve 6 aylık izleme çalışması yapılan gruptaki bakıcıların aile

işlevlerinde, hastaların sosyal destek düzeylerinde ve ilaç tedavisi işbirliğinde önemli ilerleme belirlenmiştir.

Moxon ve Ronan'un (2008) ailelerin başa çıkma stratejilerini geliştirmeyi, şizofreni ve duygu dışavurumu hakkında aile üyelerinin bilgisini arttırmayı amaçladıkları çalışmada 19 hasta ve 20 hasta yakını deney ve bekleme listesi kontrol grubuna seçkisiz olarak atanmıştır. Sonuçlar incelendiğinde deney grubunda yer alan hasta yakınlarının şizofreni hakkındaki bilgi düzeyinin hem uygulamanın ardından hem de üç aylık izleme verilerine göre kontrol grubuyla kıyaslandığında anlamlı şekilde artmış olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra deney grubundaki hasta ve hasta yakınlarının duygu dışavurum düzeyleri uygulama sonrasında kontrol grubuna kıyasla iki kat daha fazla azalma göstermiştir.

Chien ve Wong'un (2007) Hongkong'ta şizofreni tanısı almış hastaların 84 aile üyesiyle yaptığı 18 oturumdan oluşan ruhsal eğitim çalışmasının bir hafta ve 12 ay sonraki değerlendirmeleri sonucunda, hasta ve ailelerin işlevselliğinde önemli ilerleme, hastane yatışlarında ve ailelerin bakım yükünde azalma olduğu belirlenmiştir.

Doğan, Doğan, Tel ve Çoker'in (2002) şizofreni spektrum bozukluklarının tedavisinde psikososyal yaklaşımların aileler üzerindeki etkisini inceledikleri araştırmalarında şizofreni hastalarının bakım verenlerine yönelik 3 aylık eğitim sonunda hasta yakınlarının sosyal işlevselliğinde ve yaşam kalitesinde artış, aile ilişkilerinde düzelme ve yaşadıkları güçlüklerde azalma gözlenmiştir. Çalışmanın sonunda hem hastalar, hem de hasta yakınları daha rahat olduklarını, topluma daha iyi uyum sağladıklarını, aile içi sorunlarının azaldığını, hoşgörülerinin arttığını, çalışmanın sürdürülmesini istediklerini belirtmişlerdir.

Tel ve Terakye'nin (2000) yaptığı bir çalışmada 30 hasta yakınına hastaların hastanede bulunduğu süre boyunca ve taburculuk sonrası 2 aylık süreçte uygulanan psikoeğitimin ardından hastaya bakım güçlüklerinde azalma, hastalık semptomlarını etkin olarak ele almada artış olduğu, hastaların ise tamamına yakınının ilaç tedavisini sürdürdükleri ve aylık kontrollere isteyerek geldikleri sonucuna ulaşılmıştır. Psikoeğitim programı içinde stresle baş etme yolları eğitimi verilen deney grubu hasta yakınları ve kontrol grubu hasta yakınlarının stresle baş etme yaklaşımlarının ise benzer olduğunu bulmuşlardır.

Arslantaş, Seviçok, Uygur, Balcı ve Adana'nın (2009) yaptıkları araştırmada şizofreni hastalarına bakım veren 39 aile üyesine psikoeğitim verilmiştir. İlk üç ayın sonunda hastaların klinik belirtilerinde ve bakım verenlerin sosyal ve duygusal durumlarında anlamlı bir iyileşme olmadığı, ancak üçüncü ayın sonunda duygu dışavurumu puanlarında istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmasa da bir azalma eğilimi olduğu belirlenmiştir.

Wasserman, Mamani ve Suro'nun (2012) yaptığı çalışmada, 72 şizofreni hasta yakınına 15 hafta boyunca psikoeğitim verilmiştir. Şizofreni hastası bir akrabaya sahip olmaktan ötürü yaşanan utanç ve suçluluk hissinin duygu dışavurumunu yordadığı bulunmuştur. Analizlerle duygu dışavurumunda hasta yakınının cinsiyetinin önemli olduğu bulunmuş, erkeklerde kadınlara kıyasla duygu dışavurum puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Berglund, Vahlne ve Edman (2002) psikoeğitsel aile tedavisinin hastalarda şizofreni yada şizoaffektif sendrom üzerindeki etkisi, ailelerin kendi yük değerlendirmeleri ve hastanın bakımını sürdürme konusundaki tutumları üzerindeki etkisi açısından incelenmiştir. Şizofreni ya da şizoaffektif bir aile üyesinin bulunduğu 31 aileyi

kapsayan çalışmada 14 aile davranışsal aile terapisi adlı psikoeğitsel müdahale programına, geri kalan 17 aile standart aile desteği verilen kontrol grubuna atanmışlardır. Davranışsal aile terapisinin psikotik alevlenme nedeniyle hastanede yatış dönemindeki şizofreni hasta ve ailelerinde algılanan yük duygusunu azalttığı gözlenmiştir. Aynı şekilde ailelerin hasta bakımını sürdürme konusunda olumlu bir tutum geliştirdikleri gözlenmiştir. 1 yıl içerisinde aile tedavisi alan gruptaki hastaların 1'inde kontrol grubundaki hastaların ise 13'ünde yineleme saptanmıştır.

Montero ve diğerlerinin (2001) 87 hasta ve yakınıyla yaptıkları çalışmada grup eğitimi alan hasta yakınları ile çekirdek aileye evde davranışsal aile terapisi verilen grup karşılaştırılmıştır. Eğitim sonrası iki grubun hastalık yineleme oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak sosyal işlevsellik, antipsikotik ilaç kullanımı, hezeyan ve düşünce bozukluğu ve psikotik belirtilerin iyileşmesinde davranışsal aile terapisi alan grup daha avantajlı bulunmuştur. Duygu dışavurum düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yamaguchi, Takahashi, Takano ve Kojima'nın (2006) yürüttükleri bir çalışmada dört seanslık psikoeğitim programının bakım veren aile bireylerinde kaygı, tükenmişlik, huzursuzluk ve duygu dışavurumu üzerindeki etkisi incelenmiştir. Sonuçta duygu dışavurumu yüksek ve düşük olan aile bireylerinde uygulama etkili bulunmuş ancak duygu dışavurumu yüksek olan ailelerde depresyon gibi duygusal faktörler açısından psikoeğitimin etkisinin daha büyük olduğu bildirilmiştir.

Ülkemizde yapılan bir lisansüstü tez çalışmasında 75 şizofreni hastası ile onların yakınları seçkisiz olarak üç gruba atanmıştır. Birinci gruptaki hasta yakınlarına bir günlük bir psikoeğitim ile şizofreni hakkında yazılı bilgi verilmiştir. İkinci gruptaki hasta yakınlarına ise sadece ilk gruptaki hasta yakınlarına verilen şizofreni hakkında yazılı bilgi

verilmiştir. Kontrol grubuna ise her hangi bir uygulama gerçekleştirilmemiştir. Çalışmanın sonuçları, bir günlük, yoğunlaştırılmış ve görsel malzemeler ve tartışma bölümleri ile zenginleştirilmiş psikoeğitim programının hasta yakınlarının duygu dışavurumu, tükenmişlikleri ile şizofreni hakkındaki bilgi düzeyleri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğuna işaret etmiştir. Bunun yanı sıra hastalara doğrudan bir müdahalede bulunulmamasına rağmen, hastaların da algıladıkları duygu dışavurumunda anlamlı bir azalma gözlenmiştir (Yüksel, 2008).

Günümüze kadar şizofreni hastalarının ailelerine yönelik pek çok psikoeğitimsel müdahale gerçekleştirilmiştir. 2000-2014 yılları arasında yayınlanmış çalışmalar “schizophrenia, “caregivers”, “psychoeducational intervention”, “expressed emotion” “family” anahtar sözcükleri ile PsycARTICLES ve MEDLINE veri tabanlarından taranmıştır. İngilizce çalışmaların yanı sıra aynı anahtar sözcüklerin Türkçe karşılıkları kullanılarak ULAKBİM veri tabanı üzerinden de Türkçe olarak yayınlanmış çalışmalara ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmaların içinde aile terapisi uygulamalarını olduğu, niceliksel verilerine kullanılmadığı ya da tam metnine ulaşamadığımız çalışmalar dışta bırakılmış, sadece psikoeğitime dayalı müdahalelerin kullanıldığı tam metin çalışmalar derlenmiştir ve tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2: Şizofreni ve Aile Eğitimi Üzerine Yapılan Çalışmalar (2000-2014)

Çalışma	Çalışma Grubu	Program	Süre	Sonuç
Arslandaş ve diğçerleri (2009)	39 hasta ve hasta yakını	Aile psikoeğitim programı	2 hafta boyunca toplam 16 saat	Psikoeğitimin ilk 3 ayının sonunda hastada herhangi bir değişim gözlenmemiştir. Bakım verenlerin sosyal ve duygusal durumlarında da bu eğitim programından sonraki 3. Ayda anlamlı bir iyileşme olmadığı gözlenmiştir. Ancak duygu dışavurum skorlarında İstatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmasa da bir azalma eğilimi olduğu gözlenmiştir.
Carra ve diğçerleri (2006)	50 hasta yakını bilgilendirme, 26 hasta yakını bilgilendirme + destek grubu, 25 standart tedavi alan kontrol	Bilgilendirme grubunda psikoeğitim, bilgilendirme + destek grubunda psikoeğitime ek olarak iletişim	Bilgilendirme; haftada bir 105 dakikalık 24 seans , Destek; haftada bir 65 dakikalık 48 seans	Sadece bilgilendirme yapılan gruba kıyasla bilgilendirme +destek grubunda duygu dışvurumunda daha fazla azalma belirlenmiştir. Diğçer klinik ve ailesel değişkenler açısından fark bulunmamıştır. Bununla birlikte 24 aylık izlemde müdahaleden elde edilen

	grubu	becerileri, stres yönetimi, problem çözme eğitimi		kazanımların azaldığı görülmüştür.
Chien ve Wong, (2007)	84 hasta yakını	Hasta yakını psikoeğitim programı	18 hafta boyunca, haftada 1 seans, 12 ay boyunca takip	Hasta ve ailelerin işlevselliğinde önemli ilerleme, hastane yatışlarında ve ailelerin bakım yükünde azalma olduğu belirlenmiştir.
Gutierrez-Maldonado ve diğerleri (2007)	22 hasta yakını deney grubu, 23 hasta yakını kontrol grubu	Hasta yakını psikoeğitim programı	Haftada 1 kez 5 ay boyunca	Kontrol grubuna kıyasla müdahale programına katılan grubun yük düzeyinde anlamlı bir azalma gözlenmiştir. Müdahalenin yük, reddetme ve yetersizlik alanlarında bakım verenlerinin yükünü azalttığı bulunmuştur.
Gutierrez-Maldonado ve diğerleri (2008)	18 hasta yakını deney, 23 hasta yakını kontrol	Aile psikoeğitim grubu	Haftada bir 90 dakikalık 18 seans	Deney grubundaki hasta yakınlarının şizofreniye karşı olumsuz tutumlarında anlamlı biçimde azalma olduğu bulunmuş ancak genel sağlık algısında

grubu				gruplar arasında fark bulunamamıştır.
Kopelowicz ve diğerleri (2003)	92 hasta ve hasta yakını	Hasta ve hasta yakını eğitim programı	3 ay boyunca haftada 4 gün hasta ve haftada 1 gün hasta yakınlarına eğitim	Hastalıkla başa çıkma becerilerinin edinimi hastaneye yatış oranlarında azalmaya yol açmıştır. Yaşam kalitesi ve bakıcı yükü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Beceri eğitiminin hastalıkla başa çıkma üzerinde etkili olduğu bulunmuştur.
Montero ve diğerleri (2001)	1. grup:41 hasta ve hasta yakını 2. grup: 46 hasta ve hasta yakını	1. gruptaki hasta yakınlarına grup psikoeğitimi 2. gruptaki hasta ve yakınlarına evde davranışsal aile psikoeğitimi	Her iki gruba da ilk 6 ay haftada 1, sonraki 3 ay 2 haftada 1, son 3 ay ayda 190 dakikalık eğitim	Eğitim sonrası iki grubun hastalık yineleme oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak sosyal işlevsellik, antipsikotik ilaç kullanımı, hezeyan ve düşünce bozukluğu ve psikotik belirtilerin iyileşmesinde davranışsal aile terapisi alan grup daha avantajlı bulunmuştur. Duygu dışavurum düzeyleri açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Motlova ve diğeri (2006)	86 hasta ve hasta yakını deney grubu 34 hasta ve hasta yakını kontrol grubu	Aile eğitim programı	Hem hasta hem hasta yakınlarının katıldığı 8 saatlik eğitim	Müdahale sonrasında 1 yıl içerisinde deney grubundaki hastaların kontrol grubuna kıyasla yeniden hastanede yatış oranları daha azdır.
Moxon ve Ronan (2008)	23 hasta ve hasta yakını deney grubu, 16 hasta ve hasta yakını kontrol grubu	Kısa psikoeğitimsel müdahale	Hasta ve hasta yakınlarıyla 90-120 dakikalık toplam 3 seans	Şizofreni hakkında bilgi düzeyi eğitimden sonra anlamlı şekilde artmış, bu artış üç aylık izlemde devam etmiş. Gerek hastaların gerekse hasta yakınlarının duygu dışavurum düzeyleri öntestten son teste azalmış. İzlem sonuçları kazanımların sürdüğünü göstermiş.
Ran ve diğeri (2003)	115 hasta ve hasta yakını deney, 142 hasta ve hasta yakını	Aile müdahalesi	Aile eğitimi 9 ay boyunca ayda 1 kez	Aile müdahale grubunda bilgide artış, bakım verenlerin hastaya karşı tutumunda değişim ve tedaviye uyumda artış gözlenmiştir. Bu grupta 9 ay içerisindeki yineleme oranı sadece ilaç

	kontrol gurubu			alan grubun yarısı, kontrol grubunun ise dörtte biri kadardır.
Stengard (2003)	1.grup: 69 hasta yakını 2.grup: 128 hasta yakını	1. grup: Sözel sunum 2. grup: Video eğitimi	1. grup: 2,5 saat süren 8 seanslık oturumlar 2. grup: 22-38 dakika arasında değişen videoların gösterildiği 6 seanslık oturumlar	Her iki eğitimin de belirgin bir bilgi artışı ve katılımcıların psikolojik olarak daha iyi hissetmelerini sağladığı, fakat müdahaleden sonra duygu dışavurum düzeyi ve nesnel yükte anlamlı bir değişim olmadığı bildirilmiştir. İki yöntem arasında bilgi sağlama konusunda video grup katılımcıları sözel sunum katılımcılarına kıyasla eğitimden daha fazla yararlandıklarını bildirmişlerdir.
Tel ve Terakye (2000)	30 hasta yakını deney grubu, 30 hasta yakını kontrol grubu	Hasta yakınlarına psikoeğitim	10 hafta boyunca haftada 1 gün	Hasta yakınlarının hastaya bakım güçlüklerinin azaldığı, hastalık belirtilerini etkin olarak ele aldıkları, stresle baş etmede olumlu ve olumsuz baş etme yaklaşımlarını birlikte kullandıkları, hastaların tamamına yakınının ilaç tedavisini sürdürdükleri ve aylık kontrollere isteyerek geldikleri

				saptanmıştır. Psikoeğitimsel yaklaşım içinde stresle başetme yolları eğitimi verilen deney grubu hasta yakınları ile bu eğitimi almayan kontrol grubu hasta yakınlarının stresle baş etme yaklaşımlarının benzer olduğu bulunmuştur.
Yamaguchi ve diğerleri (2006)	46 hasta yakını	Psikoeğitimsel müdahale	İki ay boyunca yaklaşık 2 saatlik toplam 4 seans	Müdahale öncesine kıyasla müdahale sonrası durumluk/sürekli kaygı puanlarında ve kişisel tükenmişlik ve huzursuzluk ölçeklerinin bazı alt testlerinde anlamlı biçimde düşme olduğu belirlenmiştir. Duygu dışavurumu yüksek ve düşük aileler kıyaslandığında bu değişken açısından aralarında farklılaşma olmadığı görülmüştür.
Yıldırım ve Ekinci (2010)	32 hasta ve hasta yakını deney grubu, 34 hasta ve	Aile psikoeğitim programı	14 oturum haftada 1gün aile psikoeğitimi ve 6 ay takip	Bakıcım verenlerin aile işlevlerinde, hastaların sosyal destek düzeylerinde ve ilaç tedavisi işbirliğinde önemli ilerleme belirlenmiştir.

hasta yakını

kontrol grubu

I.2. Araştırmanın Amacı

Şizofreni hasta yakınlarına yönelik şizofreni hakkında bilgilendirme, hastalığın tedavisinde aileye düşen görevler, iletişim becerileri, sorun çözme, öfke kontrolü gibi bileşenlerden oluşan bir psikoeğitim programı hazırlamak ve bu programın etkililiğini hem hasta hem de hasta yakınları açısından değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda deney ve kontrol gruplarına seçkisiz olarak atanmış olan hasta yakınlarının psikoeğitim öncesi ve sonrasında duygu dışavurumu, kaygı ve hastalık hakkındaki bilgi düzeylerini, yakınları psikoeğitim alan şizofreni hastalarının da pozitif ve negatif belirtiler, duygu dışavurumu ve kaygı gibi değişkenler açısından karşılaştırılması planlanmıştır. Uygulamanın öncelikle bir pilot çalışmayla sınanması ve ardından iki grupta müdahalenin tekrarlanması hedeflenmiştir.

I.3. Araştırmanın Önemi

Şizofreni konusunda aile üyelerinin bilgilendirilmesi (örn. nasıl bir hastalık olduğu, belirtileri, nedenleri, gidişi, tedavisi vb.) ailenin tedavi ve bakım konusundaki iş birliğini artırır. Şizofreni tanısı almış hastalara bakım veren hasta yakınlarının duygu dışavurumunun yüksek olması, hasta ve hastalığın seyri üzerinde olumsuz rol oynayabileceğinden, ailelere verilecek psikoeğitim bu olumsuz duygu ve tutumların azaltılmasını sağlayacaktır. Ayrıca verilecek bu eğitimle, şizofreni hastasıyla birlikte yaşamının aileye getirebileceği yükler, akut dönemler ya da nöksler sırasında yapılması gerekenler ve hastaneye yatırma konusunda yaşanabilecek olası sorunlar konusunda da ailenin eğitimi ve işbirliği sağlanacaktır. Ailelere bu becerilerin kazandırılması hastaların hastalık belirtilerinde azalmaya neden olacaktır. Hastaların hastalık belirtilerinde azalma olması hastanın sosyal ilişkilerini geliştirmesini ve topluma entegre olmalarını sağlayacaktır.

I.4. Hipotezler

- 1.Psikoeğitimin ardından deney grubundaki hastaların algıladığı duygu dışavurum düzeyi kontrol grubuna kıyasla azalacaktır.
- 2.Psikoeğitimin ardından deney grubundaki hasta yakınlarının duygu dışavurum düzeyleri kontrol grubuna kıyasla azaltacaktır.
- 3.Psikoeğitimin ardından deney grubundaki hastaların ailedeki kişilerarası ilişkilerinden memnuniyeti kontrol grubuna kıyasla artacaktır.
- 4.Psikoeğitimin ardından deney grubundaki hasta yakınlarının ailedeki kişilerarası ilişkilerinden memnuniyeti kontrol grubuna kıyasla artacaktır.
- 5.Psikoeğitimin ardından deney grubundaki hastaların kaygı düzeyleri kontrol grubuna kıyasla azalacaktır.
- 6.Psikoeğitimin ardından deney grubundaki hasta yakınlarının kaygı düzeyleri kontrol grubuna kıyasla azalacaktır.
- 7.Psikoeğitimin ardından deney grubundaki hasta yakınlarının şizofreni hakkında bilgi düzeyi kontrol grubuna kıyasla artacaktır.
- 8.Psikoeğitimin ardından deney grubundaki hastaların pozitif belirtileri kontrol grubuna kıyasla azalacaktır.
- 9.Psikoeğitimin ardından deney grubundaki hastaların negatif belirtileri kontrol grubuna kıyasla azalacaktır.

II. PİLOT ÇALIŞMA

II.1. Yöntem

II.1. 1. Amaç

Bu çalışmanın temel amacı şizofreni hasta yakınlarına yönelik bir psikoeğitim programı hazırlamak ve etkililiğini değerlendirmektir. Bu amaçla öncelikle pilot çalışma için şizofreni hasta yakınlarının duygu dışavurumu ve kaygı düzeylerini azaltma, şizofreni hakkında bilgi düzeylerini arttırmaya, hastaların ise pozitif ve negatif belirti ve kaygı düzeylerini azaltmaya yönelik bir psikoeğitim programı hazırlanmıştır. Hazırlanan program bir uygulama elkitabı haline getirilmiştir. Ardından hem hastalar hem da yakınları üzerindeki etkililiğini belirlemek için pilot uygulama gerçekleştirilmiş, elde edilen veri ve deneyimlere dayanarak programa son şekli verilmiştir.

II.1. 2. Katılımcılar

Pilot çalışma Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastanesi Çukurova Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yürütülmüştür. Çukurova Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı şizofreni tanısı almış, daha önce eğitim almamış 29 hasta ve hasta yakını araştırmaya davet edilmiş, davet edilen hasta yakınlarının 16'sı araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmaya katılan 16 hastanın 13'ü erkek (%81,25) 3'ü kadındır (%18,75). Araştırmaya katılan 16 hasta yakınının ise 12'si kadın (%75) 4'ü erkektir (%25). Sosyo-demografik bilgi formundan elde edilen bilgilere göre katılımcıların alt-orta sosyoekonomik düzey ailelerden geldiği söylenebilir. Araştırmaya katılmayı kabul eden, grup çalışmasına katılmak için koşulları sağlayan hasta ve hasta yakınlarından seçkisiz olarak deney (8 hasta, 8 hasta yakını) ve kontrol grubu (8 hasta, 8 hasta yakını) oluşturulmuştur. Deney grubundaki 8 hastanın 8'i erkek, 8 hasta yakınının 7'si kadın 1'i erkektir. Kontrol grubundaki 8 hastanın 6'sı erkek, 2'si kadın; 8 hasta yakınının 5'i kadın 3'ü erkektir.

Deney grubundaki bir hasta hastane yatışı olduğundan kendisi ve yakını çalışmadan çıkarılmıştır. Deney grubundaki bir hasta yakını da terapi saatlerinde çalıştığı için kendi isteğiyle ikinci seanstan sonra çalışmadan ayrılmıştır. Bu yüzden deney grubunda 6 hasta ve 6 hasta yakını kalmıştır, bu 6 hastanın 6'sı erkek, 6 hasta yakınının 5'i kadın 1'i erkektir.

II.1.3. Veri Toplama Araçları

Pilot çalışmada hasta yakınları için Duygu Dışavurum Ölçeği, Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği hastalar için ise Dışavurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği, Pozitif Belirtiler Ölçeği ve Negatif Belirtiler Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca hasta ve hasta yakınlarına ait sosyo-demografik bilgilerin alındığı Hasta Bilgi Formu ve Hasta Yakını Bilgi Formu ve psikoeğitim sonunda hasta yakınları için Psikoeğitim Değerlendirme Formu kullanılmıştır.

II.1.3.1. Hastalar için Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen şizofreni tanısıyla takip edilen hastanın yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, düzenli ilaç alma durumu, tanı aldıktan sonra geçirdiği süre ve kaç kez hastaneye yattığı gibi sosyodemografik ve klinik özelliklerini içeren 12 maddeden oluşan bilgi formu kullanılmıştır.

II.1.3.2. Hasta Yakınları için Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen bakım veren aile üyesinin yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, hastaya yakınlık durumu gibi sosyodemografik özellikleri içeren 13 maddeden oluşan bilgi formu kullanılmıştır.

II.1.3.3. Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SAPS): Ölçek Andreasen tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Şizofrenide pozitif belirti düzeyini, dağılımını ve şiddet

değişimini ölçmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Erkoç ve arkadaşları (1998) ölçeğin Türkçe formu için güvenilirlik çalışmasını yapmıştır ancak kesme puanı hesaplanmamıştır. Hallüsinasyonlar, sanrılar, garip davranış ve formal düşünce bozukluğunun değerlendirildiği 4 alt ölçeği vardır ve toplam 34 maddeden oluşmaktadır. 6'lı likert tipi bir yapıya sahiptir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.84 bulunmuştur. Alt ölçek güvenilirlik katsayılarının ise 0.61-0.78 arasında olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin geçerlilik çalışması yapılmamıştır.

II.1.3.4. Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği (SANS): Andreasen tarafından 1990 yılında geliştirilmiştir. Şizofreninin negatif belirti düzeyini, dağılımını ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Erkoç ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe formu için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.91'dir ve alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları 0.39-0.79 arasında değişmektedir. Duygusal küntleşme, anhedoni, aloji, apati ve dikkat eksikliğinin değerlendirildiği 5 alt ölçek ve toplam 25 maddeden oluşmaktadır.

II.1.3.5. Dışavurulan Duygu Düzeyi (DDD): Cole ve Kazanan tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Berksun ve arkadaşları tarafından 1993 yılında Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Kuder-Richardson 20 formülü ile iç tutarlılık katsayısı .93, test-tekrar test güvenilirliği .84 olarak hesaplanmıştır. Ölçek maddeleri doğru/yanlış şeklinde cevaplanmaktadır. Hastalar tarafından beraber yaşadıkları, kendileri için önemli bir aile üyesini göz önüne alarak ve son 3 ayı düşünerek doldurmaları istenmektedir. Hasta için ailedeki değer verdiği birisiyle arasındaki duygusal havayı anlamak ve ilişkinin bazı özelliklerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Müdahalecilik (intrusiveness), duygusal tepki (emotional response), hasalığa karşı tutum (attitude toward illness), hoşgörü-beklenti (tolerance-expectation) başlıklı dört alt ölçeği vardır. Alt ölçekler

15'er maddedir ve ölçek toplam 60 maddeden oluşmaktadır. Cole ve Kazarian (1988) ölçeğin iç tutarlılığını hesaplamış ve güvenilirlik katsayısını .95, test tekrar test güvenilirliğini ise .81 olarak saptamışlardır.

II.1.3.6. Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ): Hasta yakınlarının, hastayı ve kendisini nasıl algıladığını ve duygu dışavurum düzeyini saptamak amacıyla Berksun tarafından (1992) geliştirilmiş ve geçerlik güvenilirliği yapılmıştır. Hasta yakınlarının hastayı ve kendisini nasıl algıladığıyla ilgili soruların yer aldığı, hasta yakınları tarafından doldurulan bir ölçektir. Ölçek maddeleri doğru/yanlış şeklinde doldurulmaktadır. 29 madde eleştirel-düşmancıl olmayı, 12 madde ise aşırı ilgi-koruyucu kollayıcı olmayı göstermektedir. Toplam 41 sorudan oluşmaktadır. Yüksek puanlar duygu dışavurum düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

II.1.3.7. Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği: Kişilerin şizofreni hakkında bilgilerini değerlendirmek amacıyla Yüksel tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. 41 sorudan oluşan bir ölçektir. 40 madde doğru/yanlış seçeneklidir. Sorular şizofreninin etiyojisi, semptomları, prognozu ve hastalığın tedavisinde ailenin rolü, psikososyal ve medikal tedavileri hakkında bilgileri içermektedir. En son soruda ise, şizofreni hastalarının şizofreni hastalığı hakkındaki bilgi düzeyleri ölçülür ve 7'li likert tipi bir araçla bilgi düzeylerini değerlendirmeleri istenmektedir. Bu testten alınan puanlar analizlerde sürekli değişken olarak değerlendirilmiştir ve bu testten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan ise 40'tır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81 olarak bulunmuştur.

II.1.3.8. Sürekli Kaygı Ölçeği: Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Öner ve Le Compte tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ifade edilen duygu ya da davranışlar sıklık derecesine göre (1) hemen hiçbir zaman, (2)

bazen, (3) çok zaman, (4) hemen her zaman şeklinde işaretlenir. Toplam 20 maddeden oluşmaktadır, güvenirlik katsayısı .87 bulunmuştur.

II.1.3.9. Psikoeğitim Değerlendirme Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan form, eğitimin bileşenleri ve tümüne ilişkin katılımcıların yararlanma düzeylerini ifade etmeleri için kullanılmıştır. “Çok yararlı”dan “hiç yararlı değil”e doğru 5’li likert tipi bir değerlendirme yoluyla oluşturulmuş 6 sorulu bir formdur.

II.1.4. İşlem

Pilot çalışmaya başlamadan önce çalışmaya alınma koşullarını karşılayan 29 hasta yakınına çalışmanın amacı, içeriği, süresi hakkında bilgilendirilme yapıp çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuş ve 16 hasta yakını çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü 16 hasta ve hasta yakını seçkisiz olarak deney (8 hasta, 8 hasta yakını) ve kontrol (8 hasta, 8 hasta yakını) gruplarına alınmıştır. Hasta yakınlarına verilen psikoeğitim başlamadan önce deney ve kontrol grubundaki hasta ve hasta yakınlarıyla ön görüşme yapılarak sosyo-demografik bilgi formu ve öz bildirime dayalı ölçekler uygulanmıştır. Hastalar için uygulanan Pozitif Belirtiler Ölçeği ve Negatif Belirtiler Ölçeği araştırmacının dışında hastanede çalışan tecrübeli bir klinisyen tarafından körlemesine uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Deney grubundaki hasta yakınlarına verilen psikoeğitimden sonra aynı uygulamalar tekrarlanmıştır. Son seansta hasta yakınlarına Psikoeğitim Değerlendirme Formu verilerek katıldıkları seanslara ilişkin değerlendirmeleri alınmıştır. Psikoeğitim programı 8 hafta boyunca haftada bir 120 dakikalık seanslar şeklinde sürmüştür.

II. 2. Bulgular

08.11.2013 tarihinde başlayan pilot çalışma 8 hafta içinde tamamlanarak deney ve kontrol gruplarından alınan öntest ve sontest verileri istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. İlk olarak hastaların negatif, pozitif belirtiler, algılanan duygu dışavurumu ve kaygı ölçekleri ile hasta yakınlarından alınan duygu dışavurumu, kaygı ve şizofreni hakkında bilgi ölçeği puanlarının deney ve kontrol grupları arasında öntest puanları açısından anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı incelenmiştir. Yapılan *t*-test analizleri sonucunda deney ve kontrol gruplarının öntest puanları arasında anlamlı farklılaşma olmadığı belirlenmiştir.

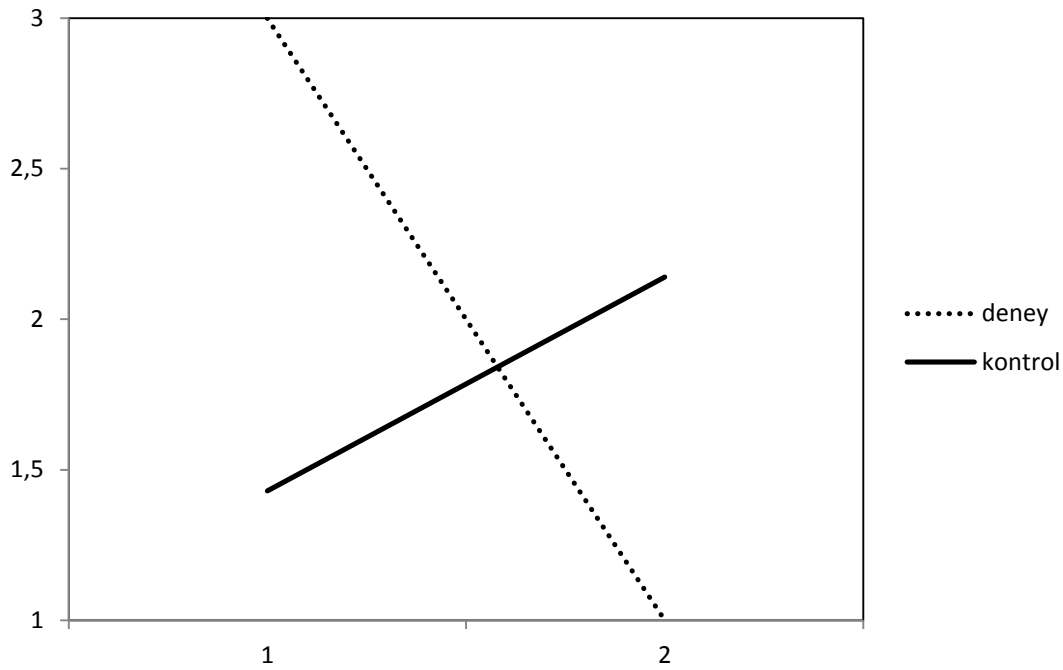
Psikoeğitim programının etkisini değerlendirmek için, hastalardan alınan ölçümlere 2 (Grup: psikoeğitim ve kontrol) X 2 (Zaman: öntest ve sontest) faktörlü son faktörde tekrar ölçümlü araştırma desenine uygun varyans analizi uygulanmıştır. Analizin tablosu ek 11'de verilmiştir. Psikoeğitim ve kontrol grubundaki hastaların algılanan duygu dışavurumu, kaygı, pozitif ve negatif belirti ölçeklerinden öntest ve sontestte aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3: Pilot Çalışma Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öntest ve Sontest Ölçek Puanları

Hasta Ölçümleri	Psikoeğitim Grubu (n=6)				Kontrol Grubu (n=7)			
	Öntest		Sontest		Öntest		Sontest	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Varsanılar	11.83	3.25	10.66	4.63	5.86	6.44	7.00	7.35
Hezeyanlar	13.16	8.49	11.67	10.10	19.71	8.71	18.71	8.92
Garip davranış	3.00	2.09	1.00*	1.67	1.43	2.23	2.14	3.08
FormalDüşünce Bozukluğu	7.50	7.47	9.00	3.57	2.86	4.26	3.57	4.65
Toplam Pozitif Belirtiler	35.50	9.89	32.33	14.71	30.14	15.35	31.43	17.14
Aloji	4.83	2.31	5.83	2.22	5.86	8.74	7.00	8.68
Anhedoni	13.50	7.53	12.00	6.63	16.14	3.13	15.29	2.98
Apati	5.33	3.14	4.33	3.01	8.00	3.56	7.43	1.71
Dikkat eksikliği	6.50	1.87	5.50	2.66	5.86	2.11	5.43	2.70
Affektif Küntleşme	8.67	3.56	5.33	2.94	12.57	15.07	13.43	13.88
Toplam Negatif Belirtiler	37.33	11.72	30.17	13.35	45.43	24.28	45.14	24.11
Kaygı	53.16	7.36	49.83	4.02	40.00	10.97	49.42	10.50
Müdahalecilik	8.00	2.68	2.83*	2.56	7.43	3.20	6.57	2.88
Duygusal Tepki	3.83	1.83	2.17	1.83	5.57	3.78	3.86	2.19
Hastalığa Karşı Tutum	3.17	1.72	1.83	2.13	3.14	2.11	2.29	2.06
Hoşgörü	3.68	3.59	2.83	2.86	4.57	2.82	3.43	2.57
Toplam Duygu Dışavurumu	18.67	6.59	9.50*	8.28	20.71	10.24	17.86	8.38

*P<0.05

Analiz sonuçları psikoeğitim-kontrol grubu ile öntest-sontest ortak etkisinin varsanılar, hezeyanlar ve formal düşünce bozukluğu alt ölçekleri ve pozitif belirtiler toplam puanı için anlamsız, garip davranış alt ölçeği için ise ($F(1,11) = 8.90, p < 0,05$, kısmi $\eta^2 = 0,45$) anlamlı olduğunu göstermiştir. Etkileşimin doğasını anlamak için öntest ve sontest puanları t -test analizleri ile karşılaştırılmıştır. Etkileşimin grafiği şekil 3'te verilmiştir. Psikoeğitim grubunda garip davranış alt ölçek puanları öntestten (3.00) sonteste (1.00) anlamlı şekilde düşmüştür, $t(5) = 2.74, p < 0.05$. Buna karşılık kontrol grubu garip davranış alt ölçeği puanları öntestten (1.43) sonteste (2.14) farklılaşmamıştır, $t(6) = -1.26, p > 0.05$.

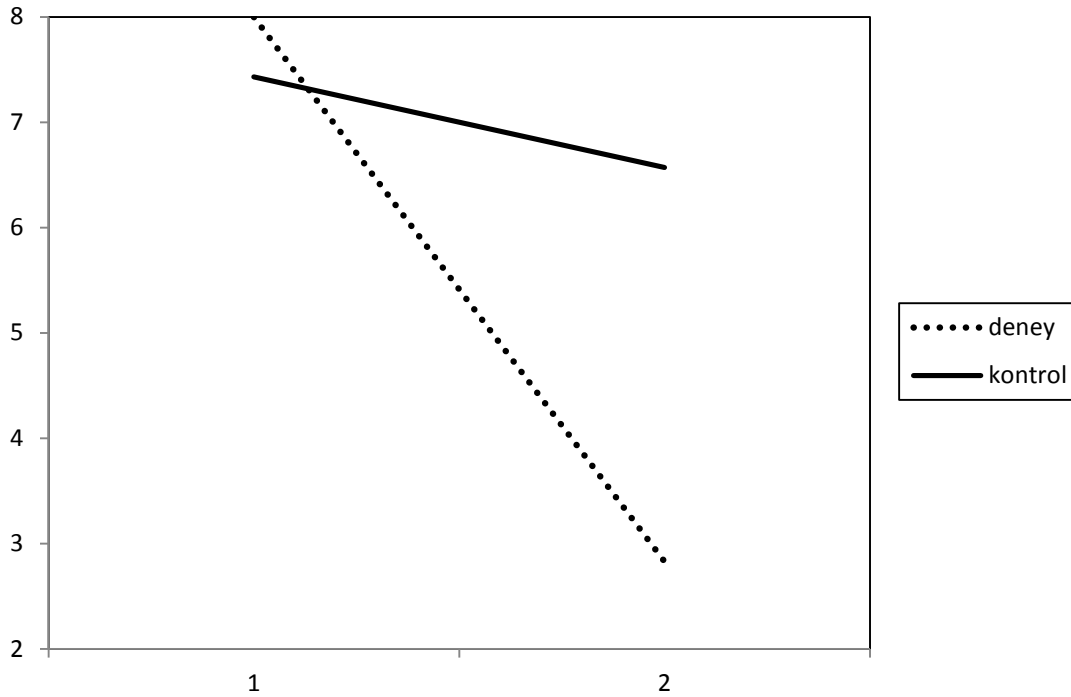


Şekil 3: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Garip Davranış Alt Ölçeği Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma

Negatif belirtiler açısından psikoeğitim alan hasta grubu ile kontrol grubu öntest sontest ortak etkisinin tüm alt ölçekler (aloji, apati, dikkat eksikliği, anhedoni ve affektif küntleşme) ile toplam negatif belirtiler için anlamsız olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde

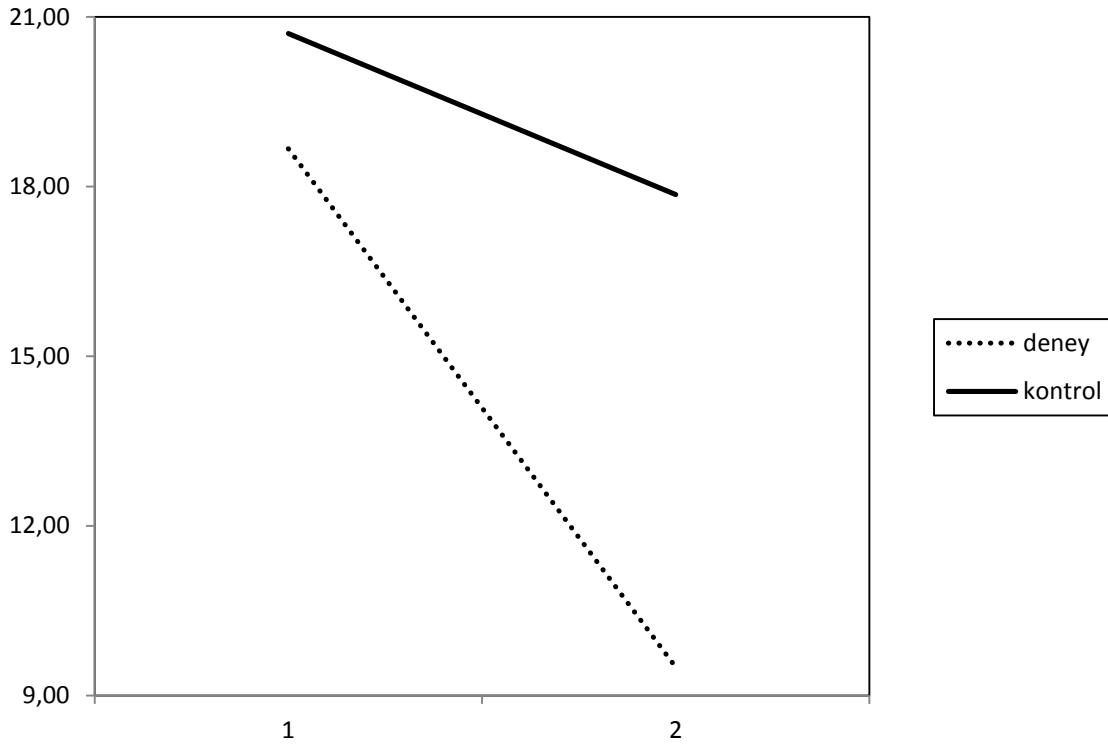
yapılan analizlerde kaygı puanlarında da psikoeğitim alan hastalardan oluşan deney grubu ile kontrol grubu öntest sontest ortak etkisinin anlamsız olduğu görülmüştür.

Duygu dışavurumu alt ölçekleri ve toplam puanı için yapılan analizlerde ise müdahale alt ölçeği için ($F(1,11) = 5.80, p < 0,05, \text{kısmi } \eta^2 = 0,35$) psikoeğitim-kontrol grubu, öntest-sontest ortak etkisi anlamlı bulunmuştur. Etkileşimin doğasını anlamak için öntest ve sontest puanları t -test analizleri ile karşılaştırılmıştır. Psikoeğitim alan grupta müdahale alt ölçek puanları öntestten (8.00) sonteste (2.83) anlamlı şekilde düşmüştür, $t(5) = 3.46, p < 0.05$. Buna karşılık kontrol grubu müdahale alt ölçeği puanları öntestten (7.43) sonteste (6.57) farklılaşmamıştır, $t(6) = 0.81, p > 0.05$. Etkileşimin grafiği Şekil 4'de verilmiştir.



Şekil 4: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Müdahale Alt Ölçeği Puanlarında Öntest ve Sonteste Ortaya Çıkan Farklılaşma

Tekrar ölçümlü varyans analizi sonuçları öntest-sontest, psikoeğitim-kontrol grubu ortak etkisinin duygu dışavurumu toplam puanı üzerinde de anlamlı olduğunu göstermiştir ($F(1,11) = 4.92$, $p < 0.05$, kısmi $\eta^2 = 0.31$). Etkileşimin doğasını anlamak üzere öntest ve sontest puanları t -test analizleri ile karşılaştırılmıştır. Psikoeğitim alan grupta duygu dışavurumu toplam puanları öntestten (18.67) sonteste (9.50) anlamlı şekilde düşmüştür, $t(5) = 6.14$, $p < 0.01$. Buna karşılık kontrol grubunun toplam duygu dışavurum puanları öntestten (20.71) sonteste (17.86) anlamlı biçimde farklılaşmamıştır, $t(6) = 1.30$, $p > 0.05$. Etkileşimin grafiği Şekil 5’de verilmiştir.



Şekil 5: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Toplam Duygu Dışavurum Puanlarında Öntest ve Sonteste Ortaya Çıkan Farklılaşma

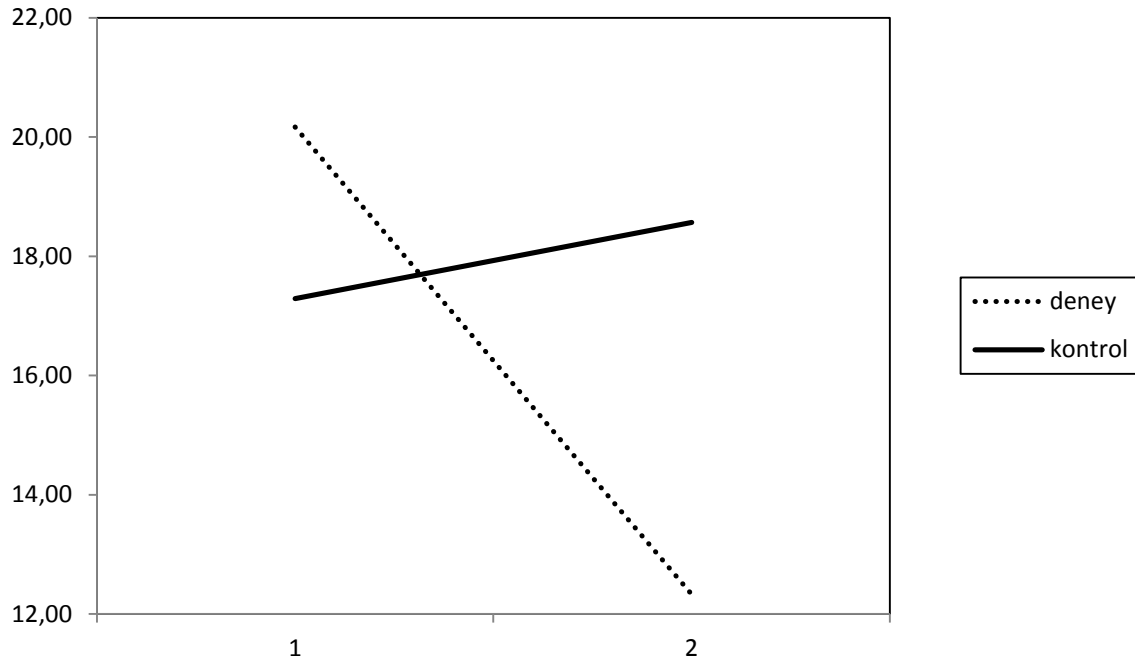
Psikoeğitim programının etkisini değerlendirmek için, hasta yakınlarından alınan ölçümlere de benzer şekilde 2 (Grup: psikoeğitim ve kontrol) X 2 (Zaman: öntest ve

sontest) faktörlü son faktörde tekrar ölçümlü araştırma desenine uygun varyans analizi uygulanmıştır. Analizlerin tablosu ek 12’de verilmiştir. Psikoeğitim ve Kontrol grubundaki hasta yakınlarının duygu dışavurumu, kaygı ve şizofreni hakkında bilgi ölçeklerinden öntest ve sontestte aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Pilot Çalışma Deney ve Kontrol Grubundaki Hasta Yakınlarının Öntest ve Sontest Ölçek Puanları

Hasta Yakını Ölçümleri	Psikoeğitim Grubu (n=6)				Kontrol Grubu (n=7)			
	Öntest		Sontest		Öntest		Sontest	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Duygu dışavurumu	20.17	3.37	12.33*	5.75	17.29	6.92	18.57	4.79
Kaygı	51.50	5.96	48.83	10.89	47.43	4.89	45.29	5.56
Şizofreni hakkında bilgi	27.67	3.08	28.17	1.67	30.00	3.05	28.14	3.18

Analiz sonuçları psikoeğitim-kontrol grubu ile öntest-sontest ortak etkisinin kaygı ve şizofreni hakkında bilgi ölçekleri için anlamsız, duygu dışa vurum ölçeği için ise ($F(1,11) = 9.98$, $p < 0,01$, kısmi $\eta^2 = 0,48$) anlamlı olduğunu göstermiştir. Etkileşimin grafiği şekil 6’da verilmiştir.



Şekil 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Hasta Yakınlarının Toplam Duygu Dışavurum Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma

Etkileşimin doğasını anlamak üzere öntest ve sontest puanları *t*-test analizleri ile karşılaştırılmıştır. Psikoeğitim alan grupta hasta yakınlarının duygu dışavurumu toplam puanları öntestten (20.17) sonteste (12.33) anlamlı şekilde düşmüştür, $t(5) = 3.07$, $p < 0.05$. Buna karşılık kontrol grubundaki hasta yakınlarının toplam duygu dışavurum puanları öntestten (17.29) sonteste (18.57) anlamlı biçimde farklılaşmamıştır, $t(6) = -0.83$, $p > 0.05$.

Pilot çalışma sonrasında deney grubundaki hasta yakınlarına verilen “çok yararlı”dan “hiç yararlı değil”e doğru 5’li likert tipi bir değerlendirme yoluyla psikoeğitimden modül düzeyinde ve genel olarak yararlanma düzeylerini öğrenmeyi amaçlayan psikoeğitim değerlendirme formuna verilen yanıtlardan, tablo 5’de de görüldüğü gibi hasta yakınlarının en fazla iletişim becerileri modülünden (%66.7)

yararlandıkları, programın tümünü ise katılımcıların %66.7'sinin çok yararlı buldukları anlaşılmıştır.

Tablo 5: Pilot Çalışma Hasta Yakınlarının Psiko eğitimden Yararlanma Düzeyleri

Modül	Psiko eğitimden Yararlanma Düzeyi					
	Çok (N)	%	Oldukça (N)	%	Biraz (N)	%
Hastalığı tanıma	4	66.7	2	33.3	-	-
Aileye düşen görevler	2	33.3	4	66.7	-	-
İletişim becerileri	4	66.7	2	33.3	-	-
Sorun çözme becerileri	3	56.6	1	16.7	2	33.3
Öfke kontrolü	3	50	1	16.7	2	33.3
Tüm modüller	4	66.7	2	33.3	-	-

Formda hasta yakınları tarafından “çok az yararlı” ve “hiç yararlı değil” seçenekleri hiç işaretlenmediğinden bu sütunlara tabloda yer verilmemiştir.

II. 3. Tartışma

Pilot çalışma psiko eğitim programına son halini vermek ve etkililiği hakkında bilgi sahibi olmak amacıyla yapılmıştır. Analizler 6 hasta ve 6 hasta yakını deney, 7 hasta ve 7 hasta yakını kontrol grubunda olmak üzere toplam 26 katılımcıdan alınan verilere dayanmaktadır. Pilot çalışma sonunda çalışmanın daha etkili bir hale getirilmesi için bazı değişikliklerin yapılmasına karar verilmiştir. Bu değişiklikler ve nedenleri aşağıda başlıklar halinde ele alınmıştır.

II.3.1. Veri Toplama Araçları:

Pilot çalışmada uygulanan ölçme araçlarının asıl çalışmada da uygulanmasına ve kullanılan veri toplama araçlarına ek olarak asıl çalışmada ailedeki kişilerarası ilişkileri

belirlemeye yönelik hasta ve hasta yakınlarına Aile Ortamı Ölçeği'nin uygulanmasına karar verilmiştir.

II.3.2. Seans Sayısı:

Pilot çalışmada 1 seans, ailelerin bu hastalıktan ya da farklı sebeplerden dolayı yaşamlarındaki sorunlarla bilişsel, duygusal ve davranışsal başa çıkma stratejilerine yer verilen Sorun Çözme Becerileri konusuna ayrılmıştır. Ancak pilot çalışma sonunda hasta yakınlarına verilen Psikoeğitim Değerlendirme Formu'ndaki 'Sorun Çözme Becerileri seansının yararını değerlendiriniz' maddesine verilen yanıtlar ve psikoeğitimi veren araştırmacının gözlemiyle iletişim becerileri seansında sorun çözme tekniklerinden de söz ediliyor olması nedeniyle, bu konuya ayrı bir seans ayrılmasına gerek olmadığı kanısına varılmıştır. Çalışmada iletişim becerileri konusu için ayrılan 1 seans, süre olarak yetersiz geldiği için bu konu 2 seans olarak genişletilmiştir. Ayrıca 2 seans olarak planlanan öfke kontrolü modülü süre yeterli geldiği için 1 seansa indirilmiştir. Başlangıçta 8 seans olarak planlanan grup çalışması pilot uygulamada 8 seans olarak tamamlanmıştır. Pilot uygulamada edinilen deneyimler sonucunda sorun çözme becerileri seansının programdan çıkarılması, iletişim becerileri seansının 2 seansa çıkarılması ve öfke kontrolü seansının da 1 seansa indirilmesiyle programın 7 seans olarak yapılandırılması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

II.3.3. Seans Süresi

120 dakika olan seans uzunluğu süre uzadıkça konsantrasyon azaldığı için ve uzun süren seansın diğer günlük aktiviteleri engellememesi için 90 dakikaya indirilmiştir.

III. ASIL ÇALIŞMA

III.1. Yöntem

III.1.1. Amaç

Pilot çalışmayla son şekli verilen programın iki ayrı deney ve kontrol grubunda uygulanması planlanmıştır. Uygulama öncesinde ve sonrasında toplanan ön test-son test verilerinin karşılaştırılarak programın hasta yakınlarının duygu dışavurum, kaygı, şizofreni hakkında bilgi, aile ortamından memnuniyet düzeyleri ve hastaların algıladığı duygu dışavurum, pozitif ve negatif belirtiler ve kaygı düzeyleri üzerinde etkililiğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

III.1.2. Katılımcılar

Çalışma Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı DSM-IV tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı almış, ayaktan tedavi gören, Türkçe okuma-yazma bilen, yaşları 18-60 arasında değişen, zeka geriliği ya da madde kötüye kullanım öyküsü olmayan ve ailesiyle birlikte yaşayan hastalar ve hastaların en az 1 yıldır beraber yaşadığı birinci derece, en az ilkokul mezunu, zeka geriliği ya da psikotik düzeyde bir rahatsızlığı olmayan daha önce eğitim almamış 60 hasta yakını araştırmaya davet edilmiştir. Davet edilen hasta yakınlarının 29'u çalışmaya katılmayı kabul etmiş ancak 25 hasta yakınıyla çalışma tamamlanmıştır. Çalışma öncesinde hastalar ve yakınları seçkisiz şekilde deney ve kontrol gruplarına ayrılmış ve 2 ayrı çalışma grubu oluşturulmuştur. Deney grubunda toplam 14 hasta ve hasta yakını, kontrol grubunda ise toplam 11 hasta ve hasta yakını vardır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların demografik özellikleri tablo 6'da, hasta yakınlarının demografik özellikleri ise tablo 7'de verilmektedir.

Tablo 6: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Demografik Özellikleri

Özellikler		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
		N	%	N	%
Yaş	18-25	2	%14,3	2	%18,2
	26-35	8	%57,1	5	%45,5
	36-58	4	%28,6	4	%36,3
Cinsiyet	Kadın	3	%21,4	1	%9,1
	Erkek	11	%78,6	10	%90,9
Medeni durum	Bekar/Dul	12	%85,7	9	%81,8
	Evli	2	%14,3	2	%18,2
Eğitim durumu	İlkolul	4	%28,6	3	%27,3
	Ortaokul	2	%14,3	2	%18,2
	Lise	8	%57,1	6	%54,5
Meslek	Var	3	%21,4	1	%9,1
	Yok	11	%78,6	10	%90,9
İş	Çalışıyor	0	%0	1	%9,1
	Çalışmıyor	14	%100	10	%90,9
Semptom başlangıç yaşı	15-20	8	%57,1	6	%54,5
	21-30	4	%28,6	5	%45,5
	31-40	2	%14,3	0	%0
Hastanede yatış sayısı	0-5	13	%92,8	10	%9,1
	5-10	1	%7,2	1	%90,9

Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubundaki Hasta Yakınlarının Özellikleri

Özellikler		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
		N	%	N	%
Hastaya yakınlık	Anne	5	%35,7	6	%54,5
	Baba	5	%35,7	3	%27,3
	Kardeş	2	%14,3	0	%0
	Eş	2	%14,3	2	%18,2
Yaş	30-45	4	%28,5	3	%27,3
	46-55	1	%7,2	3	%27,3
	56-70	9	%64,3	5	%45,4
Cinsiyet	Kadın	9	%64,3	8	%72,7
	Erkek	5	%35,7	3	%27,3
Medeni durum	Bekar/Dul	1	%7,2	1	%9,1
	Evli	13	%92,8	10	%90,9
Eğitim durumu	İlkokul	8	%57,1	8	%72,7
	Ortaokul	5	%35,7	2	%18,2
	Lise	1	%7,2	1	%9,1
Meslek	Var	6	%42,9	4	%36,3
	Yok	8	%57,1	7	%63,7
İş	Çalışıyor	0	%0	1	%9,1
	Çalışmıyor	14	%100	10	%90,9
Gelir	0-1000tl	7	%50	7	%63,7
	1100-2000tl	7	%50	4	%36,3
Hastayla birliktelik günlüksüresi	10-15saat	4	%28,5	4	%36,3
	16-24saat	10	%71,5	7	%63,7

III.1.3. Veri Toplama Araçları

Pilot çalışmada hastalar için kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formu, Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçekleri, Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve hasta yakınlarına uygulanan Sosyodemografik Bilgi Formu, Duygu Dışavurumu Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği, Psikoeğitim Değerlendirme Formu asıl çalışmada da kullanılmıştır. Ancak asıl çalışmada sorun çözme becerileri seansının programdan çıkarılmasıyla bu seansı değerlendirme sorusu formadan çıkarılmış, soru sayısı 5'e indirilmiştir. Pilot çalışmada uygulanmayan ancak ailedeki birlik beraberlik ve denetim düzeyini ölçmek için hasta ve hasta yakınlarına Aile Ortamı Ölçeği verilmiştir.

Aile Ortamı Ölçeği: Ölçek Fowler tarafından 1982 yılında geliştirilmiş ve ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Usluer tarafından (1989) yapılmıştır. Toplam 26 maddeden oluşan ölçeğin birlik beraberlik (16 madde) ve denetim (10 madde) adlı iki alt boyutu vardır. Usluer tarafından yapılan çalışmada alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları sırasıyla .82 ve .74 olarak belirlenmiştir.

III.1.4. İşlem

Asıl çalışmaya başlamadan önce çalışmaya alınma koşullarını karşılayan 60 hasta yakınına çalışmanın amacı, içeriği, süresi hakkında bilgilendirilme yapıp çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuş ve 29 hasta yakını çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü 29 hasta ve hasta yakını seçkisiz olarak deney (17 hasta, 17 hasta yakını) ve kontrol (12 hasta, 12 hasta yakını) gruplarına alınmış ve müdahale için iki çalışma grubu oluşturulmuştur. Deney ve kontrol gruplarının belirlenmesinin ardından ilk çalışma grubuyla 09.01.2014- 20.02.2014 tarihleri arasında ikinci çalışma grubuyla 06.03.2014-14.04.2014 tarihleri arasında psikoeğitim gerçekleştirilmiştir. Psikoeğitim programı öncesinde ve tamamlandıktan sonra deney ve

kontrol gruplarından eşzamanlı olarak öntest ve sontest verileri alınmıştır. Hastalar için uygulanan Pozitif Belirtiler Ölçeği ve Negatif Belirtiler Ölçeği araştırmacının dışında hastanede çalışan deneyimli bir başka klinisyen tarafından körlemesine uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Son seansta deney grubundaki hasta yakınlarına Psikoeğitim Değerlendirme Formu verilerek katıldıkları otumlara ilişkin değerlendirmeleri alınmıştır. Deney grubundaki 2 hasta yakını eğitime düzenli katılmadığı için, 1 hastanın hastaneye yatışı olduğu için ve kontrol grubundaki 1 hasta ve hasta yakınının il dışına çıkmasından dolayı son testlerinin alınamaması nedeniyle araştırma kapsamından çıkarılmışlardır. Çalışma toplam 25 hasta ve hasta yakınıyla tamamlanmıştır.

Aşağıda psikoeğitim programının süresi, içeriği ve uygulandığı yer hakkında genel bir bilgilendirme yapılmıştır.

III.1.4.1. Süreç

Psikoeğitim haftada 1 gün 90 dakikalık oturumlar halinde 7 hafta sürmektedir. Oturumlarının hangi gün ve saatte olacağına uygulayıcı ve katılımcılar birlikte karar vermişlerdir. Böylelikle gruba devamlılığın st düzeyde sağlanması hedeflenmiştir. Oturumların ilk 10-15 dakikası daha bir önceki oturumun özetlenmesi ve ödevlerin tartışılmasını içermektedir. Daha nceki oturuma ilişkin özetin konuyu hatırlayamayan ya da gelemeyenler için faydalı olacağı ngrlmştir. Önceden belirlenen gündem ve rasyoneli açıklandıktan sonra gündemle ilgili bilgi aktarımı ve alıştırmalar yapılması ve hasta yakınlarının bu konuyla ilgili bilgi ve deneyimlerini grupla paylaşmaları sağlanmıştır. Her seansın son 10-15 dakikası konuyla ilgili soruların yanıtlanmasını ve bir sonraki oturuma kadar uygulanması beklenen ödevlerin açıklanmasına ayrılmıştır.

III.1.4.2. Ortam

Psikoeğitim grupları hastaların kayıtlarının olduğu hastane içerisindeki toplum ruh sağlığı merkezinde bu amaç için düzenlenmiş grup terapisi odasında yapılmıştır. Oda herkesin rahatça hareket edebileceği ve rol çalışmalarına olanak veren genişliktedir. Grup terapisi odasında sandalyeler, yazı tahtası, projeksiyon cihazı, kalem, kağıt gibi malzemeler bulunmaktadır. Sandalyelerin, iletişimi kolaylaştırması açısından U düzeni şeklinde yerleştirilmesine dikkat edilmiştir.

III.1.4.3. Rol Çalışmaları

Rol çalışmaları iletişim teknikleri, öfke kontrolü, şizofreni hastalığını tanıma ve ailelere düşen görevleri öğrenme seanslarında konuların daha iyi anlaşılması için konu anlatımı sonrasında yapılmıştır. Rol çalışmalarında öncelikle tekniğin amacı ve katkısının ne olduğu açıklanmıştır. Araştırmacı hasta yakınlarına kazandırılmak istenen becerilere rol canlandırma yoluyla modellik yapmıştır; model olduktan sonra hasta yakının kendinden bir şeyler katarak o çalışmayı prova etmesini sağlamıştır. Rol çalışması bittiğinde grup üyesine rol çalışmasına katıldığı ve davranışı gerçekleştirme konusundaki çabasından dolayı olumlu geri bildirimler verilerek cesaretlendirilmiştir.

III.1.4.4. Ödevler

Hasta yakınlarının seans içinde ve rol çalışmalarıyla prova ettikleri davranışları günlük yaşamda da denemeleri için oturum sonunda konuyla ilgili ödevler verilmiştir. Ev ödevleri verilirken hasta yakınlarına ödevin amacı ve mantığı anlatılmıştır. Bir sonraki oturumun ilk 10-15 dakikasında ödevler kontrol edilmiştir. Ev ödevlerini yap(a)mayan olduğunda ödevin yapılmasını engelleyen nedenler araştırılmaya ve giderilmeye çalışılmıştır.

III.1.4.5. Psikoeğitim

1. Seansın Hedefleri

1. Hasta yakınlarıyla tanışma
2. Hasta yakınlarına programın amacı ve içeriğinin anlatılması
3. Grup kurallarının oluşturulması

2. Seansın Hedefleri

1. Şizofreni hastalığının belirtilerinin anlatılması
2. Şizofreninin nedenleri ve gidişatı konusunda bilgilendirme yapılması
3. Şizofreni hastasıyla birlikte yaşamının aileye getirdiği/getirebileceği yüklerin konuşulması
4. Toplum içinde şizofreninin nasıl bilindiği ve ailelerin damgalamayla mücadelesi hakkında tartışılması

3. Seansın Hedefleri

1. Şizofreninin tedavisinde ilaç tedavisi, psikoterapi ve uğraş terapilerinin öneminin anlatılması.
2. Antipsikotik ilaç kullanımı konusunda ailelerin bilgilendirilmesi
3. Ailelerin hastalığın uyarıcı işaretlerini tanımaları ve bu durumlarda neler yapılabileceklerinin anlatılması
4. Hastalığın alevlenme durumunda ailelere düşen görevlerin anlatılması

4.ve 5. Seansın Hedefleri

1. İletişim becerileri ve tekniklerini öğretmek
2. Bu teknikleri kullanarak günlük yaşamda karşılaşılan anlaşmazlıkları azaltmalarını sağlamak

3. Kişilerarası ilişkileri geliştirmek
4. İletişimde kaçınılması gereken durumların öğretilmesi

6. Seansın Hedefleri

1. Öfke duygusunu eşlik eden fizyolojik belirtiler, düşünceler (çarpıtılmış ya da hatalı düşünce tarzları) ve dışavurum yolları açısından ele alınması
2. Öfke kontrol yöntemlerinin öğretilmesi

7. Seansın Hedefleri

1. Uyarıcı işaretler gözleendiğinde yapılacakların hatırlatılması
2. Psikoeğitimi değerlendirme
3. Psikoeğitimi sonlandırma

III.1.4.6. Etik İlkeler

Veri toplama işlemi başlamadan önce çalışmaya katılan aile üyelerine, çalışmanın amacı, süresi ve çalışmanın gidişatı hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onamları alınmıştır. Hasta yakınlarına istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri belirtilmiştir. Psikoeğitim esnasında araştırmacı ya da grupta paylaşılan kişisel paylaşımların başka kişilerle paylaşılmayacağı bilgisi verilmiştir.

Kontrol grubundaki hasta yakınlarına çalışma sona erdikten sonra psikoeğitime katılabilecekleri söylenmiştir.

III.2. Verilerin Analizi

Bu araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Programme for Social Science) for Windows paket programı (17.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın amaçları doğrultusunda örneklemin sosyodemografik değişkenlere göre dağılımını gösteren

freakans ve yzdeleler hesaplanmıştır. Psikoeğitim programının etkililiğini belirlemek için tekrarlı ölçümler için varyans analizinden (repeated measure ANOVA) yararlanılmıştır.

III.3. Bulgular

Öncelikle hastaların negatif, pozitif belirtiler, algılanan duygu dışavurumu, kaygı ve aile ortamı leği ile hasta yakınlarından alınan duygu dışavurumu, kaygı ve şizofreni hakkında bilgi leği puanlarının deney ve kontrol grupları arasında ntest puanları açısından anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı incelenmiştir. Yapılan *t*-test analizleri sonucunda deney ve kontrol gruplarının ntest puanları arasında anlamlı farklılaşma olmadığı belirlenmiştir.

Psikoeğitim programının etkisini değerlendirmek için, hastalardan alınan ölçümlere 2 (Grup: psikoeğitim ve kontrol) X 2 (Zaman: ntest ve sontest) faktörlü son faktörde tekrar ölçümlü araştırma desenine uygun varyans analizi uygulanmıştır. Analizlerin tablosu ek 13'te verilmiştir. Psikoeğitim ve kontrol grubundaki hastaların algılanan duygu dışavurumu, kaygı, pozitif ve negatif belirti ve aile ortamı ölçeklerinden ntest ve sontestte aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 8'de verilmiştir.

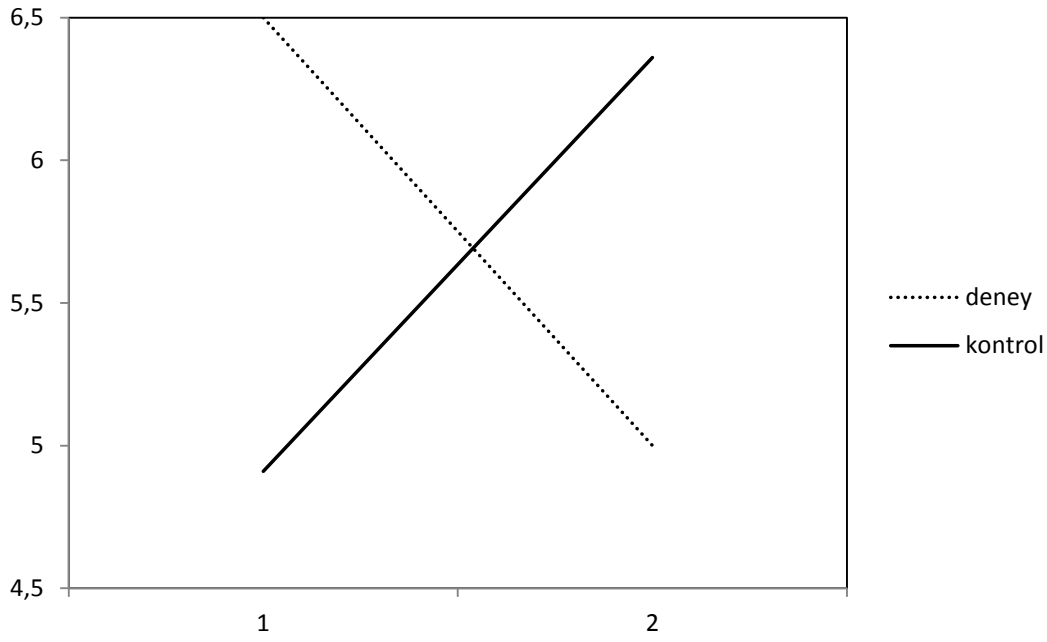
Tablo 8: Deneysel ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öntest ve Sontest Ölçek Puanları

Hasta Ölçümleri	Psikoeğitim Grubu (n=14)				Kontrol Grubu (n=11)			
	Öntest		Sontest		Öntest		Sontest	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Varsanılar	4.78	5.19	4.00	4.57	4.54	4.05	4.18	3.97
Hezeyanlar	12.85	9.72	11.42	9.24	7.18	8.08	7.09	9.21
Garip davranış	3.00	2.90	2.57	2.95	2.63	3.13	2.18	2.63
Formal Düşünce	3.57	4.14	2.78	3.76	2.45	3.14	2.00	3.68
Toplam Pozitif Belirtiler	24.00	14.59	20.78	14.27	16.81	12.48	15.45	14.04
Aloji	5.07	3.73	4.92	4.02	7.45	5.20	5.90	4.22
Anhedoni	16.64	3.17	14.85	3.37	14.63	3.80	13.45	2.38
Apati	7.21	3.11	7.07	3.04	6.63	3.13	7.72	2.86
Dikkat eksikliği	4.92	2.30	3.64	2.06	5.09	2.21	4.72	1.19
Affektif Küntleşme	9.78	7.02	10.50	7.24	11.54	8.10	10.18	7.34
Toplam Negatif Belirtiler	41.07	13.48	38.57	14.08	41.27	16.78	38.45	12.41
Kaygı	50.92	10.80	51.64	9.06	45.63	11.38	45.63	8.60
Müdahalecilik	8.50	3.22	8.78	3.62	8.18	2.75	8.45	2.29
Duygusal Tepki	6.50	3.77	5.00*	3.67	4.90	3.33	6.36	4.05
Hastalığa Karşı Tutum	5.78	6.76	2.71	3.62	3.54	2.58	3.27	3.52
Hoşgörü	6.28	4.39	4.35*	4.06	4.90	3.80	5.09	3.83
Toplam Duygu Dışavurum	27.07	14.23	20.85*	13.14	21.54	10.61	23.18	11.08
Birlik-beraberlik	39.00	6.71	40.50	5.58	40.90	5.89	41.81	3.22
Denetim	24.07	4.21	24.14	4.42	24.91	4.48	24.82	4.31

*P<0.05, **p<0.01

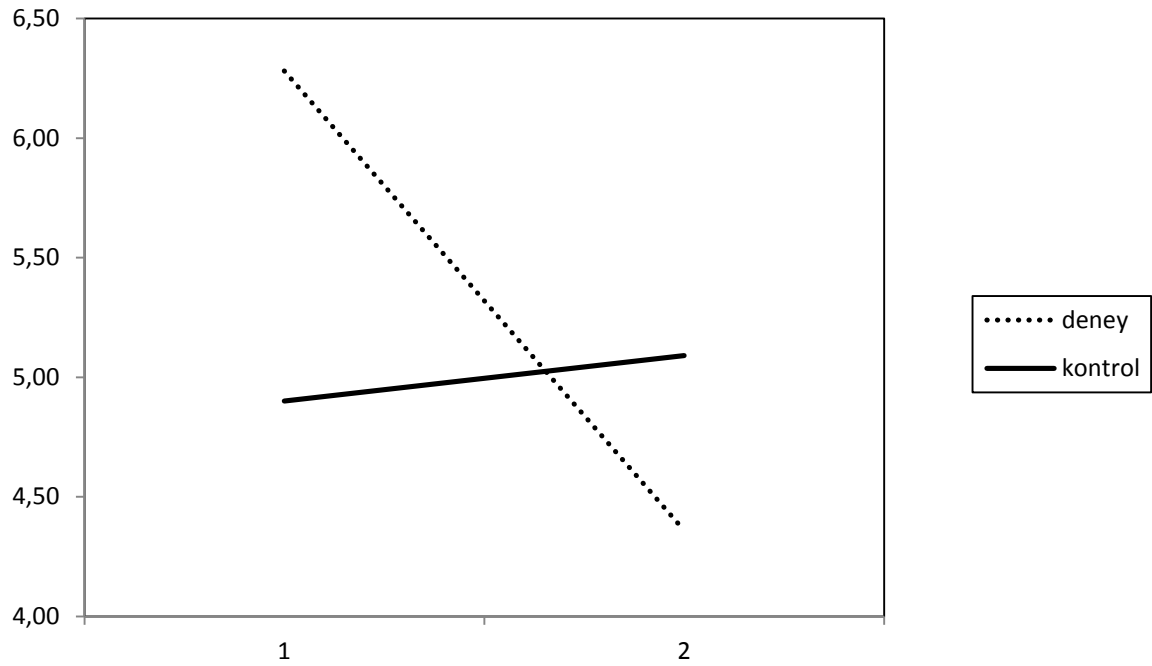
Hastalardan alınan pozitif belirti ölçümleri değerlendirildiğinde psikoeğitim-kontrol grubu ile öntest-sontest ortak etkisinin tüm alt ölçekler (varsanılar, hezeyanlar, formal düşünce ve garip davranış) ve pozitif belirtiler toplam puanı için anlamsız olduğu bulunmuştur. Negatif belirtiler açısından da psikoeğitim alan hasta grubu ile kontrol grubu öntest sontest ortak etkisinin tüm alt ölçekler (aloji, apati, dikkat eksikliği, anhedoni ve affektif küntleşme) ile toplam negatif belirtiler için anlamsız olduğu bulunmuştur. Hastaların kaygı puanları ve aile ortamı ölçeği puanları dikkate alındığında da benzer şekilde psikoeğitim-kontrol grubu ile öntest-sontest ortak etkisinin anlamlı olmadığı görülmüştür.

Duygu dışavurumu alt ölçekleri ve toplam puanı için yapılan analizlerde ise duygusal tepki alt ölçeği ($F(1,23) = 5.83, p < 0.05, \text{kısmi } \eta^2 = 0.20$), hoşgörü alt ölçeği ($F(1,23) = 7.46, p < 0.05, \text{kısmi } \eta^2 = 0.25$) ve toplam duygu dışavurumu puanı ($F(1,23) = 7.59, p < 0.05, \text{kısmi } \eta^2 = 0.25$) için psikoeğitim-kontrol grubu, öntest-sontest ortak etkisi anlamlı bulunmuştur. Etkileşimin doğasını anlamak için öntest ve sontest puanları *t*-test analizleri ile karşılaştırılmıştır. Psikoeğitim alan grupta duygusal tepki alt ölçek puanları öntestten (6.50) sonteste (5.00) anlamlı şekilde düşmüştür, $t(13) = 2.54, p < 0.05$. Buna karşılık kontrol grubu duygusal tepki alt ölçeği puanları öntestten (4.91) sonteste (6.36) anlamlı biçimde farklılaşmamıştır, $t(10) = -1.25, p > 0.05$. Etkileşimin grafiği Şekil 7'de verilmiştir.



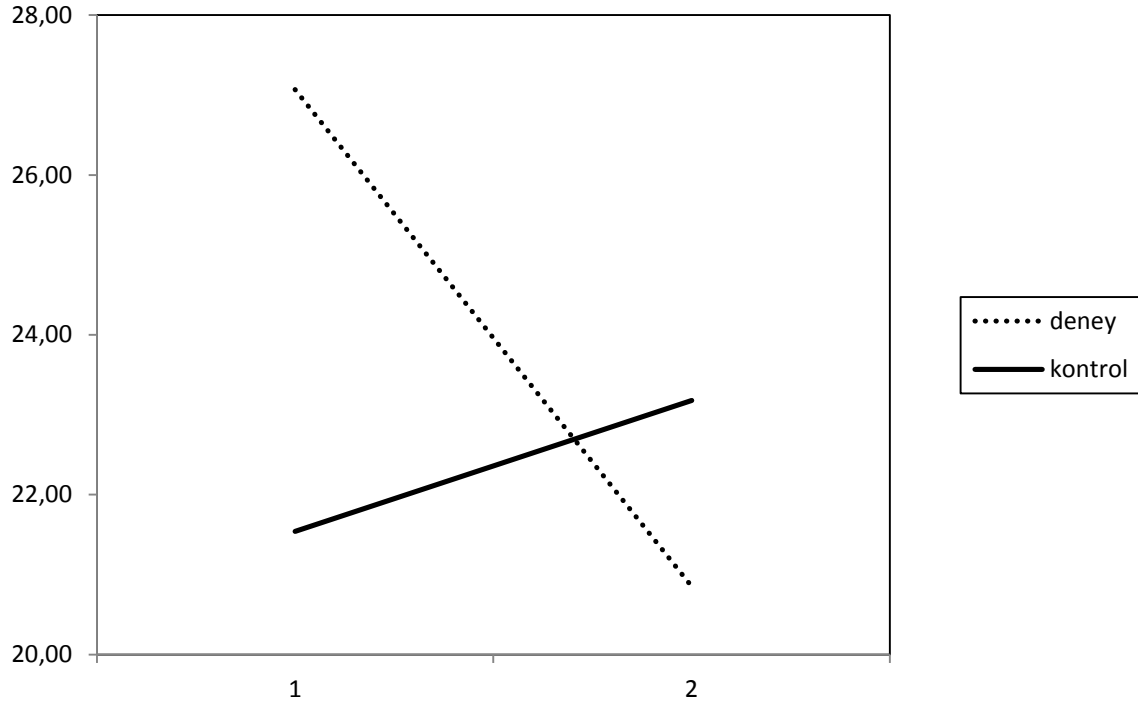
Şekil 7: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Duygusal Tepki Alt Ölçeği Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma

Bir diğer alt ölçek olan hoşgörü boyutunda ise psikoeğitim alan grupta alt ölçek puanları öntestten (6.28) sonteste (4.36) anlamlı şekilde düşmüştür, $t(13) = 3.23$, $p < 0.01$. Kontrol grubu hoşgörü alt ölçeği puanlarının ise öntestten (4.90) sonteste (5.09) anlamlı biçimde farklılaşmadığı, $t(10) = -43$, $p > 0.05$ görülmüştür. Etkileşimin grafiği şekil 8’de verilmiştir.



Şekil 8: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hoşgörü Alt Ölçeği Puanlarında Öntest ve Sonteste Ortaya Çıkan Farklılaşma

Toplam duygu dışavurumu puanlarındaki değişimin doğası incelendiğinde psikoeğitim alan grupta alt ölçek puanlarının öntestten (27.07) sonteste (20.85) anlamlı şekilde düştüğü, $t(13) = 2.86$, $p < 0.05$ görülmüştür. Buna karşın kontrol grubundaki hastalarda toplam duygu dışavurumu puanlarının öntestten (21.54) sonteste (23.18) anlamlı biçimde farklılaşmadığı $t(10) = -1.00$, $p > 0.05$ bulunmuştur. Etkileşim grafiği şekil 9 'da sunulmuştur.



Şekil 9: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Toplam Duygu Dışavurum Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma

Asıl çalışmada psikoeğitim programının etkisini değerlendirmek için, hasta yakınlarından alınan ölçümlere 2 (Grup: psikoeğitim ve kontrol) X 2 (Zaman: öntest ve sontest) faktörlü son faktörde tekrar ölçümlü araştırma desenine uygun varyans analizi uygulanmıştır. Analiz tablosu ek 14’te verilmiştir. Psikoeğitim ve kontrol grubundaki hasta yakınlarının duygu dışavurumu, kaygı ve şizofreni hakkında bilgi ve aile ortamı ölçeklerinden öntest ve sontestte aldıkları puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 9’da verilmiştir.

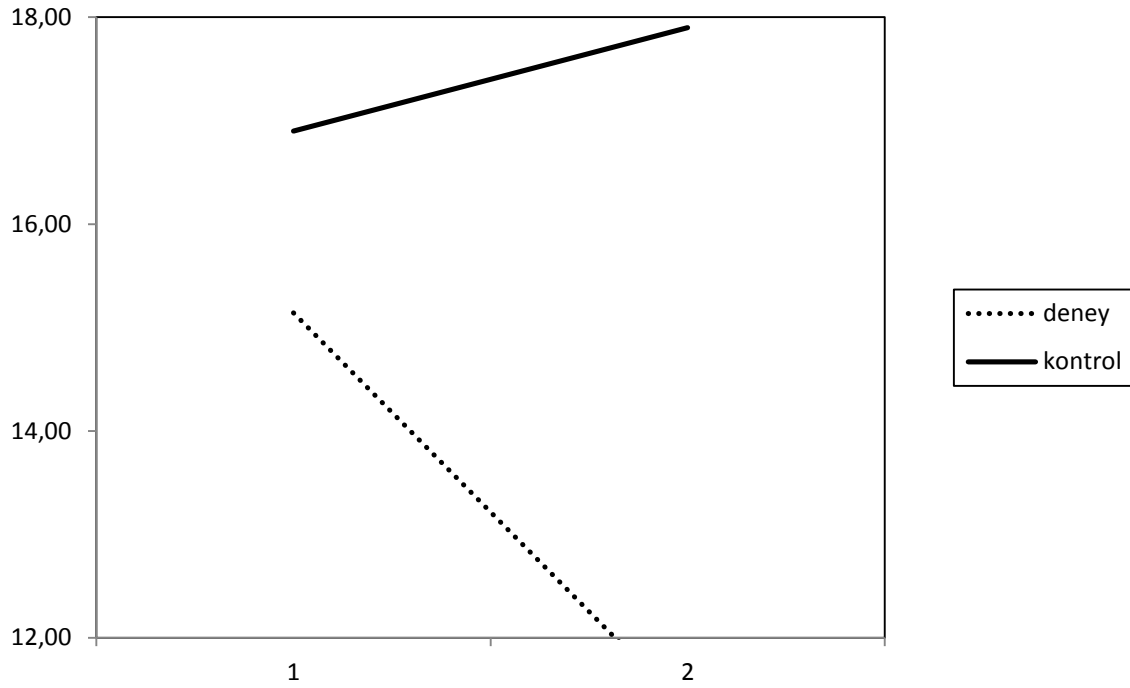
Tablo 9: Asıl Çalışmada Deney ve Kontrol Grubundaki Hasta Yakınlarının Öntest ve Sontest Ölçek Puanları

Hasta Yakını Ölçümleri	Psikoeğitim Grubu(n:14)				Kontrol Grubu (n:11)			
	Öntest		Sontest		Öntest		Sontest	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Duygu dışavurumu	15.14	3.27	11.28*	3.58	16.90	5.04	17.90	4.43
Kaygı	43.78	6.76	42.28	6.21	46.09	11.13	45.72	8.59
Şizofreni hakkında bilgi	20.07	2.46	24.07*	1.32	23.18	5.17	23.36	4.22
Birlik	41.14	7.29	41.00	6.83	41.00	5.31	42.91	6.39
Denetim	22.79	4.15	22.43	4.57	23.26	2.62	23.82	3.34

*P<.01

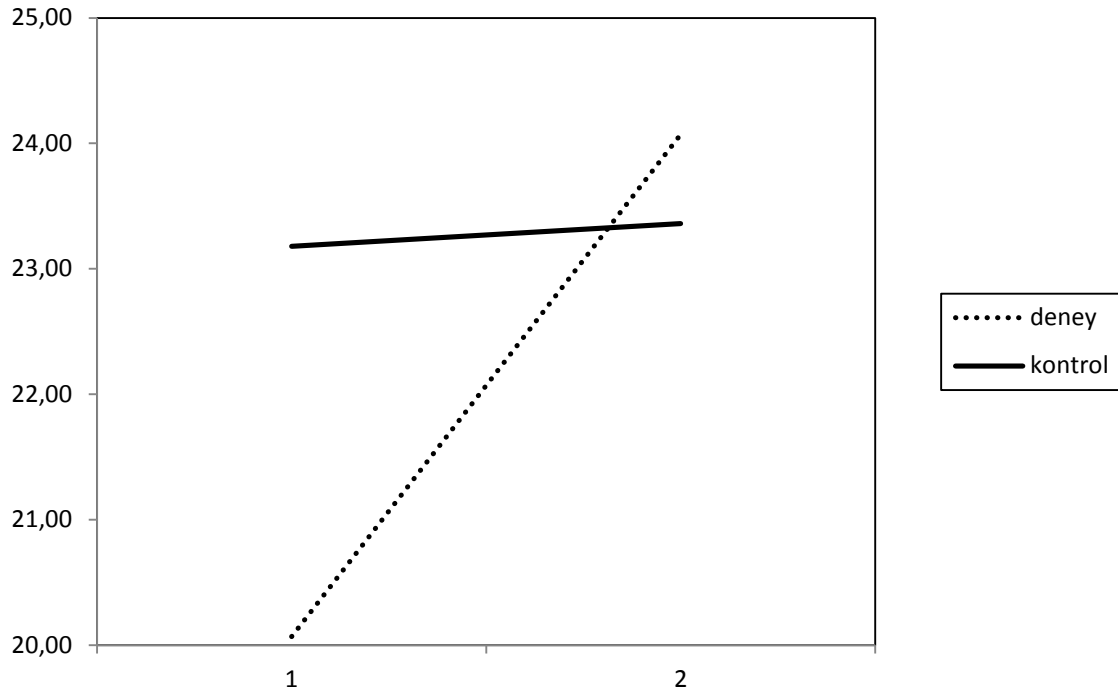
Analiz sonuçları psikoeğitim-kontrol grubu ile öntest-sontest ortak etkisinin kaygı ve aile ortamı ölçeğinin birlik ve denetim alt boyutları için anlamsız, duygu dışavurum ($F(1,23) = 13.07, p < 0.01, \text{kısmi } \eta^2 = 0.36$) ve şizofreni hakkında bilgi ölçekleri ölçeği için ise ($F(1,23) = 14.38, p < 0.01, \text{kısmi } \eta^2 = 0.39$) anlamlı olduğunu göstermiştir.

Etkileşimin doğasını anlamak üzere öntest ve sontest puanları *t*-test analizleri ile karşılaştırılmıştır. Psikoeğitim alan grupta hasta yakınlarının duygu dışavurumu puanları öntestten (15.14) sonteste (11.29) anlamlı şekilde düşmüştür, $t(13) = 3.53, p < 0.01$. Buna karşılık kontrol grubundaki hasta yakınlarının toplam duygu dışavurum puanları öntestten (16.90) sonteste (17.90) anlamlı biçimde farklılaşmamıştır, $t(10) = -1.70, p > 0.05$. Etkileşimin grafiği şekil 10'da sunulmuştur.



Şekil 10: Deney ve Kontrol Grubundaki Hasta Yakınlarının Toplam Duygu Dışavurum Puanlarında Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma

Aynı şekilde şizofreni hakkında bilgi düzeyinin değerlendirildiği ölçek puanları için de *t*-test analizleri yapılmıştır. Sonuçlar göstermiştir ki, psikoeğitim alan grupta hasta yakınlarının şizofreni hakkındaki bilgi düzeyi ölçek puanları öntestten (20.07) sonteste (24.07) anlamlı şekilde artmıştır, $t(13) = -5.01$, $p < 0.001$. Buna karşılık kontrol grubundaki hasta yakınlarının şizofreni hakkındaki bilgi düzeyi ölçek puanları öntestten (23.18) sonteste (23.36) anlamlı biçimde farklılaşmamıştır, $t(10) = -0.36$, $p > 0.05$. Etkileşimin grafiği şekil 11’de sunulmuştur.



Şekil 11: Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Şizofreni Hakkında Bilgi Düzeyinde Öntest ve Sontestte Ortaya Çıkan Farklılaşma

Psikoeğitim sonrasında deney grubundaki hasta yakınlarına verilen “çok”tan “hiç”e doğru 5’li likert tipi bir değerlendirme yoluyla psikoeğitimden modül düzeyinde ve genel olarak yararlanma düzeylerini öğrenmeyi amaçlayan psikoeğitim değerlendirme formuna verilen yanıtlardan, tablo 10’da da görüldüğü gibi hasta yakınlarının en fazla “iletişim becerileri modüllünden (% 78.6) yararlandıkları, programın tümünü ise katılımcıların %85.7’sinin çok yararlı buldukları anlaşılmıştır.

Tablo 10: Hasta Yakınlarının Psikoeğitimden Yararlanma Düzeyleri

Modül	Psikoeğitimden Yararlanma Düzeyi					
	Çok (N)	%	Oldukça (N)	%	Biraz (N)	%
Hastalığı tanıma	10	71.4	3	21.4	1	7.1
İletişim becerileri	11	78.6	3	21.4	-	
Aileye düşen görevler	8	57.1	5	35.7	1	7.1
Öfke kontrolü	9	64.3	4	28.6	1	7.1
Tüm modüller	12	85.7	2	14.3	-	

III.4. Tartışma

III.4.1. Müdahale Programının İçerik ve Süreç Olarak Değerlendirilmesi

Şizofreni bireyi olduğu kadar ailesi ve toplum için de yıkıcı etkileri olan ciddi ve kronik bir ruhsal bozukluktur. Aile işlevleri, ailesel özellikler, ailenin hastayla etkileşimi hastalığın etiyoloji ve prognozunda önemli etkenler olarak görülmektedir (Tienari vd., 2004; Missiry vd., 2009; Eaton, 2006).

Bu çalışmaya şizofreni tanısı almış kişilerin aile üyelerinin şizofreni konusunda bilgilendirilmesinin (öncü belirtileri, nedenleri, gidişi, tedavisi vb.) ailenin tedavi ve bakım konusundaki iş birliğini arttıracak ve hastaya karşı duygu dışavurum düzeyinin ve kaygı düzeylerinin azalacağı varsayımından yola çıkarak başlanmıştır. Şizofreni hastalarının yakınlarına yönelik bir psikoeğitim programı hazırlamak ve bu psikoeğitim programının hasta yakınlarının duygu dışavurumu, kaygı ve hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinde, hastaların ise pozitif ve negatif semptomlarında, algıladıkları duygu dışavurum ve kaygı düzeylerinde değişiklik oluşturup oluşturmadığı öntest ve sontest verilerini karşılaştırarak değerlendirmek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda pilot çalışma ve asıl çalışma olmak üzere 2

aşamalı bir çalışma planı yapılmıştır. Etkililiği deneysel olarak desteklenen çalışmalar için gerekli olan ölçütlerden biri de müdahalenin en az iki tedavi grubunda tekrarlanması (Chambless ve Hollon,1998:7) olduğundan pilot uygulamanın ardından psikoeğitimsel program iki grupta tekrarlanmıştır.

Çalışma kapsamında daha önce şizofreni hasta yakınlarına yönelik olarak geliştirilmiş olan programlar incelenmiş, başka popülasyonlar için hazırlanmış çeşitli elkitaplarından uyarlamalar yapılmış ve bu çalışmada kullanılmak üzere bir uygulama el kitabı oluşturulmuştur (örn. Yıldız, 2011; Yazıcı, 2010). Genel olarak program, hasta yakınlarının hastalıkla ilgili bilmedikleri ya da yanlış bildikleri şeyleri aydınlatmak için şizofreni belirtileri, nedenleri, gidişatı ve tedavisi konusunda bilgi verme, akut dönemde aileye düşen görevlerin anlatılması, hasta ve hasta yakınlarında duygu dışavurumunu azaltmak amacıyla iletişim becerileri, sorun çözme becerileri ve öfke kontrolü modüllerinden oluşmuştur.

Çalışmaya, 6 hasta ve hasta yakını deney, 7 hasta ve hasta yakını kontrol grubunda olmak üzere toplam 26 katılımcıyla gerçekleştirilen pilot çalışmayla başlanmıştır. Deney ve kontrol grubundan alınan öntest ve sontest verileri karşılaştırıldığında deney grubundaki hastaların pozitif belirtiler garip davranış alt ölçeği puanı dışında hem pozitif hem negatif belirtiler toplam puanı hem de bu testlerin alt ölçek puanlarında anlamlı bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Ayrıca hasta ve hasta yakınları öntest ve sontest verileri karşılaştırıldığında kaygı puanlarında da anlamlı bir farklılaşma olmamıştır. Bununla birlikte deney grubundaki hem hasta hem de hasta yakınlarının duygu dışavurum düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu gözlenmiştir. Pilot çalışmanın istatistiksel bulguları oldukça küçük bir örneklemden elde edilmiştir. Burada deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir değişim beklemekten ziyade programa katılan hasta yakınlarında

hedeflenen değişkenler açısından bir ilerleme eğiliminin olup olmadığı merak edilmiş ve temel değişkenimiz olan duygu dışavurumunda beklenen yönde bir değişim görüldüğünden programın geliştirilebileceği fikri oluşmuştur.

Pilot çalışma sonunda hem katılımcılardan alınan geribildirimler hem de eğitim sırasındaki gözlem ve deneyimler ışığında çalışmanın daha etkili bir hale getirilmesi için seans süresi, seans sayısı ve veri toplama araçları gibi konularda bazı değişiklikler yapılmasına karar verilmiştir. Bu değişikliklerden biri sorun çözme becerileri seansının ayrı bir modül olarak programdan çıkarılması, iletişim becerileri seansının 2 seansa çıkarılması ve öfke kontrolü seansının da 1 seansa indirilmesiyle programın 7 seans olarak yapılandırılması ve 120 dakika olan seans süresinin 90 dakikaya indirilmesidir.

Literatürde 1970’li yıllardan itibaren aile müdahalelerin uygulandığı bilinmektedir (Goldstein vd., 1978; McFarlane vd., 1995). Ailelere yönelik müdahalelerin bileşenleri genellikle; psikoeğitim, davranışsal problem çözme ve kriz yönetiminin farklı kombinasyonlarından oluşmaktadır. Tüm müdahalelerde vurgulanan ortak nokta aileleri şizofreni hakkında eğiterek ailelerin tükenmişlik ve suçluluk duygularını, kaygı ve huzursuzluklarını azaltmak, aile içi iletişimi güçlendirmek ve duygu dışavurumu düzeylerini azaltmaktır (Dixon ve Lehman, 1995:631). Bizim çalışmamıza benzer programların geliştirildiği başka çalışmalara bakıldığında aynı ya da oldukça benzer bileşenlerden oluştuğu görülmektedir (örn. Yamaguchi, 2006; Doğan, 2002; Xiong, 1994; Yıldırım, 2007)

Kullandığımız müdahale programı küçük grup müdahalesidir. Yıldız (2011), her grup üyesiyle yeterince ilgilenebilmek açısından grup üye sayısının 5-10 arasında olması gerektiğini belirtmiştir. Bu çalışmada ise müdahale programı 2 gruba uygulanarak asıl çalışma yürütülmüş ve sekiz ve dokuz üye sayısı ile çalışmaya başlanmıştır. Grup sayısı

onu geçmediğinden rol çalışmalarına, alıştırmalara ve seanslarda hasta yakınlarının kendi duygu, düşünce ve deneyimlerini paylaşmalarına yeterince vakit ayrılabilmiştir.

Çalışmamızda müdahale programı 7 hafta boyunca, haftada 1 gün 90 dakikalık oturumlar şeklinde sürmüştür. Literatürde psikoeğitimsel müdahalelerin süre ve seans sayılarının ne olması gerektiği araştırıldığında hastaneye yatıştan taburculuğa kadar devam eden (Berglund vd., 2003;116) esnek süreli uygulamalardan, 1 yıl devam eden uzun süreli çalışmalara (Mondero vd., 2001) ya da bir seanslık (Yüksel, 2008) kısa müdahallere kadar çok farklı yoğunluklarda gerçekleştirildiği görülmektedir. APA'ya (1997) göre aileye yöneik müdahaleler yineleme oranlarını düşürmekle birlikte bu müdahalelerin az ya da çok yoğun olması arasında etkililik açısından fark bulunmamaktadır. Literatürdeki etkililik çalışmalarını incelendiğinde bu görüşe paralel bir kanaat oluşmaktadır.

III.4.2. Bulguların Tartışılması

Ailesel faktörler içinde önemli bir yer tutan duygu dışavurumu kavramı hasta yakınlarının hastaya veya hastalığa karşı eleştirel, düşmanca ya da aşırı müdahaleci duygu, tutum ve davranışlarının sözel ya da sözel olmayan yollarla ifade edilmesidir. Hasta yakınlarının duygu dışavurumunun yüksek olması, hastalığın prognozu açısından olumsuz bir etkendir. Bir çok araştırmada psikoeğitimin hasta ve hastalığa yönelik bu olumsuz duygu ve tutumların azaltılmasını sağladığı bildirilmiştir (örn. Tel ve Terakye, 2000; Doğan vd. ,2002; Moxon ve Ronan, 2004; Cara vd., 2007). Bizim çalışmamızda da psikoeğitim programında hastalık hakkında bilgilendirme, öfke kontrolü, iletişim becerileri gibi konulara yer verilerek hasta yakınlarının duygu dışavurum düzeylerini azaltmak hedeflenmiştir. Yapılan analizler sonucunda deney grubundaki hasta yakınlarının duygu dışavurum puanlarının anlamlı şekilde düştüğü, buna karşılık kontrol grubu puanlarında anlamlı bir farklılaşma olmadığı gözlenmiştir. Arslantaş ve diğerlerinin yaptığı çalışmada

(2009) 17 hasta yakınına iki hafta boyunca 16 saatlik psikoeğitim verilmiş ve hasta yakınlarının duygu dışavurum düzeylerinde azalma görülmemiş, ancak uygulamanın ardından üçüncü ayın sonunda duygu dışavurum ölçeği puanlarında istatistiksel anlamlılık düzeyinde olmasa da bir azalma olduğu bulunmuştur. Tomaras ve diğerlerinin (2000) hasta yakınlarına 13 seanslık psikoeğitim verdikleri ve iki yıl sonra izleme verisi aldıkları çalışmalarında da hasta yakınlarının duygu dışavurum düzeylerinde azalma olduğu bildirilmiştir. Sözü edilen bu iki çalışmada da kontrol grubu kullanılmamış sadece uygulama öncesi ve sonrası alınan veriler karşılaştırılmıştır. Kontrol grubuyla kıyaslanmanın yapıldığı bir çalışmada ise Moxon ve Ronan (2008) deney grubundaki hasta yakınlarının duygu dışavurum düzeylerinin uygulama sonrasında kontrol grubuna kıyasla iki kat daha fazla azalma gösterdiğini bildirmişlerdir. Yüksel'in çalışmasında da (2008) bir günlük psikoeğitim programına katılan hasta yakınlarının psikoeğitim almayan gruba göre duygu dışavurumu düzeyinde anlamlı bir azalma olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda duygu dışavurumu pek çok çalışmada olduğu gibi öz bildirime dayalı olarak değerlendirilmiştir. Ancak bazı çalışmalarda görüşme ve görüşmenin yargıcılar tarafından analiz edilmesi yoluyla da değerlendirme yapıldığı görülmüştür. (örn: Carra, Montomoli ve Cazzullo, 2007; Yamaguchi vd., 2006).

Çalışmamızda hasta yakınlarına şizofreninin belirtileri, nedenleri, gidişatı hakkında bilgilendirmeyi, şizofreni hastasıyla birlikte yaşamının aileye getirebileceği yükleri tartışmayı, hastalığın tedavisinde ilaçlar, psikoterapi ve uğraş terapilerinin önemi ve hastalığın alevlenme durumunda ailelere düşen görevlerin anlatılmasını amaçlayan iki seans eğitim verilmiştir. Bu modülün deney grubundaki katılımcıların hastalık hakkındaki bilgi düzeylerini kontrol grubuna kıyasla anlamlı bir biçimde arttırdığı görülmüştür. Bizim çalışmamıza benzer bir çalışmada Yüksel (2008) hasta yakınlarına şizofreninin belirtileri,

epidemolojisi, etiyojisi, aileye düşen görevler, hastalığın tedavisinde tıbbi ve psikososyal yaklaşımlar hakkında bilgi aktarımını içeren bir günlük psikoeğitim ile hasta yakınlarının şizofreni hakkındaki bilgi düzeylerinin anlamlı biçimde arttığını rapor etmiştir. Benzer şekilde Moxon ve Ronan'ın çalışmasında (2008) da psikoeğitimin sonucunda hasta yakınlarının şizofreni ile ilgili bilgi düzeylerinde artış olduğu ve 3 aylık izlemde bu kazanımın sürdüğü bildirilmiştir. Stengard'ın (2003) yaptığı bir çalışmada ise şizofreni hastalarının aileleri için geliştirilen iki farklı eğitim yöntemi (sözel sunum ve video eğitim grubu) karşılaştırılmıştır. Her iki eğitimin de belirgin bir bilgi artışına yol açtığı görülmüş ancak video grup katılımcıları sözel sunum katılımcılarına kıyasla eğitimden daha fazla yararlandıklarını bildirmişlerdir. Şimdiki çalışmada ise sadece sözel bilgilendirme yapılmış, bununla birlikte eğitimi video ve görsel materyallerle desteklemenin etkililik üzerindeki rolünün sonraki çalışmalarda incelenebileceği düşünülmüştür.

Şizofreni hastasının gelecekte bakımlarını nasıl sağlayacakları ya da bakım verenlerinin kaybı durumunda yaşamlarını nasıl sürdürecekleri hasta yakınlarının zihinlerini en fazla meşgul eden soruların başında gelmektedir. Bunun yanı sıra pek çoğu hastaların beklenti ve gereksinimlerini tam olarak bilmedikleri için hastaya iyileşmesi için yardım edemeyecekleri düşüncesiyle kendilerini kaygılı ya da çaresiz hissetmektedirler. Yamaguchi ve diğerlerinin (2006) kontrol grubu kullanmadan yaptıkları bir etkililik çalışmasında eğitim alan hasta yakınlarının hem durumluk hem sürekli kaygı puanlarının müdahalenin ardından başlangıç düzeyine kıyasla anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir. Çalışmamızda hasta yakınlarının kaygı düzeyleri de değerlendirilmiş, hem deney hem kontrol grubu sürekli kaygı puanlarında anlamlı bir farklılaşma olmadığı

bulunmuştur. İzlem çalışmasında tekrar hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin karşılaştırılması planlanmaktadır.

Çalışmamızda hasta yakınlarının aile ortamındaki kişilerarası ilişkilerde psikoeğitim öncesi ve sonrasında bir fark olup olmadığına da bakılmış ve anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ancak bizim çalışmamızın aksine Yıldırım ve Ekinci'nin (2007) yaptığı çalışmada şizofreni hasta yakınlarına verilen 14 oturumluk psikoeğitim ve 6 aylık izleme çalışması sonrasında hasta yakınlarının aile işlevlerinde olumlu ilerleme görülmüştür. Chien, Chan, Morrissey ve Thompson'un 33 şizofreni hasta yakınıyla yaptığı çalışmada (2005) 24 haftalık psikoeğitimden sonra hasta ve hasta yakınlarının aile ilişkilerinde gelişme olduğu belirtilmiştir. Chien ve Wong'un (2007) 84 şizofreni hasta yakınıyla yaptıkları çalışmalarında 18 oturumdan oluşan ruhsal eğitim sonrasında ailelerin işlevselliğinde önemli bir ilerleme olduğu belirlenmiştir. Doğan ve diğerlerinin (2002) yaptığı çalışmada da şizofreni hasta yakınlarına verilen 3 aylık eğitim sonunda hasta yakınlarının aile ilişkilerinde düzelme ve yaşadıkları güçlüklerde azalma gözlenmiştir.

Doğrudan hastalara yönelik müdahalelerde (Sönmez, 2009; Yıldız vd. 2003) pozitif ve negatif belirtilerin önemli bir tedavi değişkeni olarak yer aldığı görülmektedir. Hasta yakınlarına yapılan müdahalelerde ise hastaların çoğunlukla belirtiler açısından değerlendirilmediği bilinmektedir. (örn. Cara vd., 2007; Stengard, 2003; Yamaguchi vd. 2006). Bu çalışmada hastalardan pozitif ve negatif belirtilerle ilgili değerlendirme alınmasının amacı ise hasta yakınlarına yönelik müdahalenin dolaylı da olsa hastaların şizofreni belirtileri üzerinde etkisi olup olmadığını görmektir. Ancak deney ve kontrol grubundaki hastalarda pozitif ve negatif belirtiler açısından bir farklılaşma olmadığı anlaşılmıştır. Bu değerlendirmeler daha önce de belirtildiği gibi araştırmacı dışındaki deneyimli bir psikolog tarafından yapılmıştır. Burada hedeflenen dolaylı bir etki

olduğundan hastaların belirti düzeylerinde farklılaşmanın bulunmamış olması anlaşılabilir görünmektedir. İzleme aşamasında müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin belirti düzeyleri, yineleme ve hastaneye yatış açısından farklılaşıp farklılaşmadıklarının incelenmesi planlanmaktadır. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada da (Arslantaş, 2009) hasta yakınlarına verilen psikoeğitimin hastaların klinik gidişi üzerine de etkisine bakılmış ve hastalardan alınan pozitif ve negatif belirti ölçümleri değerlendirildiğinde toplam puan ve alt ölçek puanlarında deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Benzer bir sonuç çalışmamızda hastalardan alınan kaygı ve aile ortamı ölçeği puanları açısından da geçerlidir.

Şizofreni hastaları anlaşılmadıklarını hissettiklerinden, hasta yakınlarının olumsuz tutumundan ya da hastaneye yatırılmalarından ötürü öfkeli, eleştirel ve alıngan olabilirler. Çalışmamızda hasta yakınlarına yapılan müdahalenin hastaların duygu dışavurum düzeylerinde dolaylı bir etkisi olup olmadığına bakılmıştır. Analiz sonuçlarında deney grubundaki hastaların toplam duygu dışavurum puanlarında, hoşgörü ve duygusal tepki alt ölçeği puanlarında anlamlı şekilde bir düşme olduğu, buna karşılık kontrol grubu puanlarında anlamlı bir farklılaşma olmadığı bulunmuştur. Yüksel'in çalışmasında (2008) da hastalara doğrudan bir müdahalede bulunulmamasına rağmen, hastaların algıladıkları duygu dışavurumunda anlamlı bir azalma gözlenmiştir. Hasta yakınlarına verilen eğitimin hasta yakınlarında duygu dışavurumunu azaltması olumsuz duyguları daha az ifade etmelerine, daha yapıcı iletişim yolları kullanmalarına olanak sağlamakla birlikte hastaların da yakınlarıyla etkileşimlerinde bu değişimden olumlu biçimde etkilendikleri düşünülmektedir. İletişimin karşılıklı olduğu düşünüldüğünde bu bulgu anlaşılabilir görünmektedir.

III.4.3. Gözlem ve Öneriler

Çalışmada ölçekler yoluyla elde edilen değerlendirmeler dışında uygulamaya dayalı bazı gözlemlerden söz etmek gerekirse; hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun programı başından sonuna değin düzenli olarak takip ettiği, küçük bir kısmının ise en fazla 1 ya da 2 seansa katılamadıkları gözlenmiştir. Bu açıdan hasta yakınlarının programa katılımları oldukça memnuniyet vericidir. Bir çok çalışmada ilk kez uygulanan müdahalelerin katılımcılar tarafından değerlendirilmesi istenmektedir (örn. Buksti vd., 2006;219). Bu çalışmada da katılımcılardan her bir modül ve genel olarak programdan yararlanma düzeylerini öğrenmek amacıyla psikoeğitim değerlendirme formunu yanıtlamaları istenmiştir. Alınan yanıtlardan hasta yakınlarının en fazla iletişim becerileri modüllünden (% 78.6) yararlandıkları, programın tümünü ise katılımcıların %85.7'sinin çok yararlı buldukları görülmüştür. En fazla yararlanan modülün iletişim modülü olması bu oturumlarda daha fazla rol canlandırma ve alıştırmalar yoluyla etkin bir biçimde hasta yakınlarının katılımlarının sağlanmasına bağlanmıştır. Diğer modüllerin daha didaktik ve bilgilendirme içerikli olmaları nedeniyle daha az ilgi çekmiş olabileceği düşünülmektedir. Bu seansları da daha ilgi çekici kılabilmek için bir takım araştırmalarla renklendirilmesi ya da kısa filmler ve görsel materyallerle zenginleştirilmesi hedeflenebilir. Seans sürelerinin uzun olmasından dolayı etkinliklere verilecek ağırlığın programı daha ilgi çekici kılacağı tahmin edilmektedir.

Pilot çalışma sonunda duygu dışavurumu üzerinde etkili olan iletişim tekniklerinin anlatıldığı İletişim Becerileri seansı 2 seansa çıkarılmış, dikkat ve motivasyonu etkileyen seans süresi de azaltılmıştır. Bu değişikliklerin pilot çalışmaya kıyasla asıl çalışmada istatistiksel olarak daha anlamlı sonuçlar bulunmasında etken olabildiği düşünülmüştür.

Bu çalışmada psikoeğitimin grup formatında olması da bir avantaj olarak görülmektedir. Pek çok çalışmada vurgulandığı gibi (örn. Nilsen vd., 2014: 58) aynı hastalıkla baş etmeye çalışan başka ailelerle bir arada olmanın katılımcılar açısından utanç duygularını azaltma ya da geleceğe dair umutlarını artırmada etkili olduğu, gerçek yaşam öykülerini dinlemenin şizofreni hakkındaki bilgilerine katkı yaptığı düşünülmektedir.

Özetlenecek olursa bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular, hasta yakınlarına uygulanan 7 haftalık psikoeğitim programının hasta yakınlarının şizofreni hakkında bilgi düzeylerinde, duygu dışavurum düzeylerinde ve hastaların dışavurulan duygulanım düzeyleri üzerinde anlamlı düzeyde farklılaşmaya yol açtığını göstermektedir.

Araştırmamızın bazı sınırlılıkları vardır; bunlardan biri hastaların birincil bakım vericilerinin genellikle anneler olmasından dolayı araştırmaya katılan hasta yakınlarının çoğunun kadın ve hastaların çoğunun erkek olmasıdır. Ancak ilgili literatür incelendiğinde bu durumun başka çalışmalar için de söz konusu olduğu görülmüştür (örn., Yamaguchi vd., 2006; Kopelowicz vd., 2003).

Araştırmamızın amacına bağlı kalmak adına sadece bir hasta yakınına eğitim verilmesi, diğer aile üyelerine ve hastalara eğitim verilmemesi, izlem verilerinin henüz toplanma aşamasında olması araştırmamızın diğer sınırlılıklarıdır. Hazırlanan psikoeğitim programının içerisinde bazı modüller aile içi etkileşimi değiştirmeye yöneliktir. Aile içinde tüm bireylerin birbirlerinin duygu düşünce ve davranışlarını karşılıklı olarak etkilediği düşünüldüğünde birden çok aile üyesinin programa dahil edilmesinin ve hastaların da eş zamanlı olarak bir müdahaleye alınmasının daha tatmin edici sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir.

Yatılı servis programları ve aile müdahaleleri özellikle ayaktan tedaviyi sürdüremeyen hastalar ve aileler için tek fırsat gibi görünmektedir. Bu nedenle benzer ya

da daha geliştirilmiş programların psikiyatri servislerinin hizmet rutinleri arasına yerleştirilmesi, psikolog dışında psikiyatrist, psikiyatri asistanları, servis hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı gibi diğer profesyonellerin katılımıyla müdahalelerin zenginleştirilmesi sağlanabilir. Geleceğe yönelik olarak çalışmadan edindiğimiz tüm bu bulgular ve gözlemler ışığında daha kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Aguilera A., Lopez S. R., Breitborde N. J., Kopelowicz A. ve Zarate R. (2010). Expressed emotion and sociocultural moderation in the course of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 4,875-885.
- Ahmed E., AhmedSayed A., Hader M., Johnna M., Cheryl F. ve Katherine B. (2011). An update on the epidemiology of schizophrenia with a special reference to clinically important risk factors. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(1) , 39-59.
- Ameresha A. C. ve Venkatasabrumanian G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*,34(1),12-20.
- American Psychiatric Association (1997). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry Suppl*, 154, 1-63.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994). Mental bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı, 4.baskı (DSM-IV), (Çev. E. Köroğlu)Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsai bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı, 5. baskı (DSM-5), (Çev. E. Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arslantaş H.,Seviçok L., Uygur B., Balcı V. ve Adana F. (2009). Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidiş ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 10(2), 3-10.

- Aydemir Ö. ve Köroğlu E. (2009). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Bentsen H., Notland T.H., Boye B., Munkvold O.G., Ulstein I., Bjørge H., Uren G.,.... Malt U.F. (1998). Guilt-proneness and expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses. *Br J Med Psychol*, 71, 125-138.
- Berglund N., Vahlne J. O. ve Edman A. (2003). Family intervention in schizophrenia impact on family burden and attitude. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 116–121.
- Berrios G. E., Rogelio L. ve Villagrán J. M. (2003). Schizophrenia: a conceptual history. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 3(2), 111-140.
- British Columbia Schizophrenia Society (14th ed.) (2008). Basic Facts About Schizxophreni.
- Brown C., Cromwell R. L., Fillon D., Dunn W. ve Tollefson N. (2002). Sensory processing in schizophrenia: missing and avoiding information. *Schizophrenia Research*, 55(1), 187-195. doi:10.1016/S0920-9964(01)00255-9
- Burns J. (2013). The social determinants of schizophrenia: an african journey in social epidemiology. *Public Health Review*, 34 (2), 1-18.
- Butzlaff R. L..ve Hooley J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 55(6),547-552.

Buksti A. S., Munkner R., Gade I., Roved B., Tvarnø K., Gøtze H. ve Haastrup S. (2006).

Important components of a short-term family group programme. From The Danish National Multicenter Schizophrenia Project. *Nord J Psychiatry*, 60, 213-219.

Candansayar S. (2005) .*Neden nasıl şizofreni*. Ankara: Peday Yayınevi.

Carra G., Montomoli C.ve Cazzullo C. L. (2007). Family interventions for schizophrenia in Italy: randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 257, 23-30.

Ceylan M. E. (2002). Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri şizofreni. AstraZeneca.

Chambless D.L. & Hollon S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66,1, 7-18.

Chien W.T. ve Wong K. (2007). A family psychoeducation group program for chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatr Serv*, 58, 1003-1006.

Dixon B. L. ve Lehman F. A., (1995).Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4),631-643.

Doğan O., Doğan S., Tel H. ve Çoker F. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 69-74.

Duckworth K. (2013).Schizophrenia fact sheet. *The National Alliance on Mental Illness* 1,850-900.

- Dünya Sağlık Örgütü (1992). *ICD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması*, (Çev. Öztürk M. O. ve Uluğ B.). Ankara:Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını.
- Eaton W. (2006). *Schizophrenia and bipolar disorders: diagnosis, descriptive epidemiology, and natural history*. The Johns Hopkins University.
- Ebrinç S., Çetin M, Başoğlu C., Ağargün M. Y., Seçil M.,Can S. ve Çobanoğlu N. (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 5-14.
- Erkoç S. ve Oral T. (1998). *Şizofrenide belirti ve bulgular, Şizofreni*. İstanbul:Okyanus Yayınları.
- Frese F. J., Knight E. L. ve Elyn S. (2009). Recovery from schizophrenia: with views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 35 (2), 370–380.
- Gutierrez M. J. ve Caqueo U. A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*, 16,739–747.
- Gutierrez M. J., Caqueo U. A. ve Ferrer G. A. (2008). Effects of a psychoeducational intervention program on the attitudes and health perceptions of relatives of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*,44, 343–348.

- Gülseren L., Çam B., Karakoç B., Mete L., Taş C., Çubukcuoğlu Z., Danacı A. E. ve Gülseren Ş. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3),203-12.
- Häfner H. ve Heiden W. (1997). Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry* , 42, 139–151.
- Halford W. K., Varghese F. N. (1991). Effects of family environment on negative symptoms and quality of life of psychotic patients. *Hosp Community Psychiatry*, 42,1241-1247.
- Helmes E. ve Landmark J. (2003). Subtypes of schizophrenia: a cluster analytic approach. *Can j psychiatry*, 48, 702–708.
- Kavanagh, D.J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal Psychiatry*, 160, 601-620.
- Kopelowicz A., Zarate R., Smith V. Q., Mint J. ve Liberman R. P. (2003). Disease management in latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 211-227.
- Köroğlu E., Güleç C. (2007). *Psikiyatri el kitabı*. Ankara: HYB Basın Yayın.
- Kyriidis, T. (2005). Notes on the history of schizophrenia. *German Journal of Psychiatry*, 8, 42-48.
- Lam, D. H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.

- Leff J. (2000). Family work for schizophrenia: practical application. *Acta Psychiatr Scand* 102, 78-82.
- Lehman A. F., Lieberman J. A., Dixon L. B., McGlashan T. H., Alexander L. M., Perkins D. O. ve Kreyenbuhl J. (2010). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (2th ed.). American Psychiatric Association.
- Maj M. ve Sartorius N. (1999). *Şizofreni*. İstanbul:WPA Yayınları.
- Marom S., Munitz H., Jones P. B., Weizman A. ve Hermesh H. (2005, Şubat). Expressed emotion: relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3),751–758.
- McFarlane W. R., Lukens E., Link B., Dushay R., Deakins S. A., Newmark M., Dunne E. J.,.....Toran J. (2009). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 679-687.
- Missiry A., Aboraya A.S., Manseur H., Manchester J., France C., Border K. (2009). An update on the epidemiology of scizophrenia with a special reference to clinically important risk factors. *International journal of Health Addiction*,2011, 9,39-59.
- Montero I., Asencio A., Hernandez I., Masanet M. J., Lacruz M., Bellver F.,Iborra M. ve Ruiz I. (2001). Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin*, 27(4),661-670.
- Morris A. S., Silk J. S., Steinberg L., Myers S. S. ve Robinson L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361-388. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x

- Motlova L., Dragomirecka E., Spaniel F., Goppoldova E., Zalesky R., Selepova P., Figlova Z. ve Schl C. (2006). Relapse prevention in schizophrenia: does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up field study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(1), 38- 44.
- Moxon A. M. ve Ronan K. R. (2008). Providing information to relatives and patients about expressed emotion and schizophrenia in a community-supportsetting : randomized, controlled trial. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 2 (1), 47-58.
- National Institutes of Health (2009). Schizophrenia. National Institute of Mental Health of U.S. Department Of Health And Human Services, 09.
- Nilsen L., Frich J. C. ve Friis S. (2014). Patients' and family members' experiences of a psychoeducational family intervention after a first episode psychosis: a qualitative study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35, 58–68.
- Pitschel-Walz G., Bäuml L., Kissling W. ve Engel R. (2004). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Focus*, 2, 78-94.
- Ran M., Xiang M., Wan C. Leff C. J., Simpson P., Huang M., Shan Y. Ve Li S. (2003) Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38, 69–75
- Scazufca M., Kuipers E. ve Menezes R. P. (2001). Perception of negative emotions in close relatives by patients with schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 167–175.

- Sefasi A., Crumlish N., Samalani P., Kinsella A., O'Callaghan E. ve Chilale H. (2008). A little knowledge: caregiver burden in schizophrenia in Malawi. *Social Psychiatry Epidemio*, 43,160–164.
- Sönmez U. E. (2008). *Şizofren hastalarının dönerkapı fenomeni değişkenlerinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Stengard E. (2003). Educational intervention for the relatives of schizophrenia patients in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57 (4), 271-277. doi:10.1080/08039480310002093
- Öztürk S. (2010). *Şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin ; pozitif belirtiler, negatif belirtiler, depresyon ve içgörü ile ilişkisi*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Karaelmas Üniversitesi, Zonguldak.
- Tel H. ve Terakye G. (2000). Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(3),133-42.
- Tienari P., Wynne L. C., Sorri A., Lahti I., Läksy K., Moring J., Naarala M....Wahlberg K. E. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *The British Journal of Psychiatry*, 184 (3),216-222.
- Tüzer V., Zincir S., Basterzi A.D., Aydemir Ç., Kısa C. ve Göka E. (2003). Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 6,198-203.

- Yamaguchi H., Takahashi A., Takano A. ve Kojima T. (2006). Direct effects of short-term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* , 60, 590–597.
- Yıldırım A. ve Ekinci M. (2010).Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11,195-205.
- Yüksel M. (2008). *The effects of brief psychoeducation program on the perceive dexpressed emotion levels of the outpatient schizophrenic patient sand expressed emotion level sand burn out levels of their key relatives*.Yüksek Lisans Tezi, ODTÜ, Ankara.
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A. ve Hochman, K. (2004). Schizophrenia: etiologyand course. *Annual Review Psychology*, 55, 401–430.
- Wasserman S., Mamani A. ve Suro G. (2012). Shame and guilt sef-blame as predictors of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research* 196, 27-31.
- Weber M.M. ve Engstrom, E.J. (1997). Kraepelin’s ‘diagnosticcards’: the confluence of clinical research and preconceived categories. *History of Psychiatry*, 8, 375-385.
- WHO (1979). Schizophrenia: an international follow-up study. Dünya Sağlık Örgütü Yayını.

Xiong W., Phillips M.R., Hu X., Wang R., Dai O., Kleinman J. ve Kleinman A. (1994).
Family-based intervention for schizophrenic patients in China: A randomised
controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 165, 239-247.

EKLER**EK- 1****HASTALAR İÇİN SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU****1.AD-SOYAD:****2. YAŞ:****3. CİNSİYET:**

Kadın Erkek

5. MEDENİ DURUM:

Bekar Evli Dul (Boşanmış) Dul (Eşi ölmüş)

6. EĞİTİM DURUMU:

Okuma- yazma bilmiyor Okuma-yazma biliyor

İlkokul mezunu Ortaokul mezunu

Lise mezunu Üniversite mezunu

Üniversite üstü

7. MESLEĞİ.....**8. ŞU ANDA ÇALIŞIYOR MU?**

Evet

Hayır

9. AYLIK ORTALAMA GELİRİ?.....**10.HASTALIKLA İLGİLİ ŞİKAYETLERİN İLK BAŞLADIĞI YAŞ :.....****11. İLAÇ KULLANIMI DÜZENLİ Mİ?.....****12. HASTANEYE YATIŞ SAYISI?.....**

EK- 2**HASTA YAKINI SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU****1.AD-SOYAD:****2.HASTAYA YAKINLIK DERECEİNİZ:**

Annesi Babası Eşi Kardeşi Diğer

.....

3. YAŞINIZ:**4. CİNSİYETİNİZ**

Kadın Erkek

5. MEDENİ DURUMUNUZ

Bekar Evli Dul (Boşanmış) Dul (Eşi ölmüş)

6. EĞİTİM DURUMUNUZ

Okuma- yazma bilmiyor Okuma-yazma biliyor

İlkokul mezunu Ortaokul mezunu

Lise mezunu Üniversite mezunu

Üniversite üstü

7. MESLEĞİNİZ.....**8. ŞU ANDA ÇALIŞIYOR MUSUNUZ?**

Evet

Hayır

9. AYLIK ORTALAMA GELİRİNİZ?.....**10. KİMLERLE YAŞIYORSUNUZ?.....****11. HASTANIZLA HAFTADA ORTALAMA KAÇ SAAT BİRLİKTESİNİZ?****12. HER HANGİ BİR PSİKOLOJİK RAHATSIZLIK GEÇİRDİNİZ Mİ?**

Evet Hayır

13. AİLENİZDE BAŞKA PSİKOLOJİK RAHATSIZLIĞI OLAN VAR MI?

Evet (Kim?)..... Tanı?.....

Hayır

EK- 3

POZİTİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PBDÖ)

ADI-SOYADI:

TEST TARİHİ:

DOĞUM TARİHİ:

TANI:

0: YOK

1:ŞÜPHELİ

2:HAFİF

3:ORTA

4:BELİRGİN

5:ŞİDDETLİ

VARSANILAR:

1. İşitme varsanıları

Hasta başkalarının duymadığı sesler, gürültüler veya başka sesler duyduğunu bildirir. 0 1 2 3 4 5

2. Yorumlayıcı sesler

Hasta, davranış ve düşüncelerini yorumlayan sesler duyduğunu bildirir. 0 1 2 3 4 5

3. Aralarında konuşan sesler

Hasta, iki veya daha fazla kişinin aralarında konuştuklarını bildirir. 0 1 2 3 4 5

4. Somatik ve dokunma varsanıları

Hasta, vücudunda acayip fizik duyumsamalar olduğunu bildirir. 0 1 2 3 4 5

5. Koku varsanıları

Hasta, başkalarının fark etmediği olağandışı kokular duyduğunu bildirir. 0 1 2 3 4 5

6. Görme varsanıları

Hasta, gerçekte var olmayan şekil veya insanlar görür. 0 1 2 3 4 5

7. Varsanıların bütünsel derecelendirilmesi

Bu derecelendirme varsanının süresi ve ciddiyeti ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır. 0 1 2 3 4 5

HEZEYANLAR:

8. Kötülük görme hezeyanları

Hasta kendisine komplolar hazırlandığına veya bir yolunu bulup kötülük yapılacağına inanır. 0 1 2 3 4 5

9. Kıskançlık hezeyanları

Hasta, eşinin bir başkası ile ilişkisi olduğuna inanır. 0 1 2 3 4 5

10. Suçluluk ve günahkarlık hezeyanları

Hasta bazı kötü, günahkar veya affedilmez şeyler yaptığına inanır. 0 1 2 3 4 5

11. Büyüklik hezeyanları

Hasta, özel güç veya yeteneklerinin varlığına inanır. 0 1 2 3 4 5

12. Dinsel hezeyanlar

Hasta, dinsel nitelikli yanlış inançları ile aşırı uğraşır. 0 1 2 3 4 5

13. Somatik hezeyanlar

Hasta, her nasılsa vücudunun hasta, anormal olduğuna inanır. 0 1 2 3 4 5

14. Alınma hezeyanları

Hasta, önemsiz işaret ve olayları üzerine alır veya özel anlamlar çıkarır. 0 1 2 3 4 5

15. Kontrol edilme hezeyanları

Hasta, his ve karakterlerinin bazı dış güçlerce kontrol edildiğini hisseder. 0 1 2 3 4 5

16. **Düşünce okuma hezeyanları**
Hasta, insanların düşüncelerini okuyabildiğini veya düşüncelerini bildiğini hisseder. 0 1 2 3 4 5
17. **Düşünce yayılması**
Hasta, düşüncelerinin yayımlandığını hisseder böylece kendisi Ve diğerleri bunları duyabilir. 0 1 2 3 4 5
18. **Düşünce sokulması**
Hasta, düşüncelerinin kendisinin olmadığını, dışarıdan aklına sokulduğuna inanır. 0 1 2 3 4 5
19. **Düşünce çekilmesi**
Hasta, düşüncelerinin kafasından alındığına inanır. 0 1 2 3 4 5
20. **Hezeyanlarının bütünsel derecelendirilmesi**
Bu derecelendirme, hezeyanların süresi ve ısrarlılığı ve hastanın yaşamına olan etkisi göz önüne alınarak yapılmalıdır. 0 1 2 3 4 5

GARİP DAVRANIŞ:

21. **Giyim ve görünüş**
Hasta olağandışı tarzda giyinir veya diğer garip şeylerle görünüşünü değiştirir. 0 1 2 3 4 5
22. **Sosyal ve cinsel davranış**
Hasta, olağan sosyal normlara göre uygunsuz şeyler yapabilir. Ör; ortalıkta mastürbasyon 0 1 2 3 4 5
23. **Saldırganlık ve taşkın davranış**
Hasta, sıklıkla önceden tahmin edilemeyen saldırgan ve taşkın davranışlar gösterebilir. 0 1 2 3 4 5
24. **Tekrarlayıcı veya stereotipleşmiş davranış**
Hasta, tekrar tekrar yapmak zorunda olduğu tekrarlayıcı hareketler veya merasimler geliştirebilir. 0 1 2 3 4 5
25. **Garip davranışın bütünsel değerlendirilmesi**
Bu derecelendirme, davranış tipi ve sosyal normlardan sapma miktarını yansıtmalıdır. 0 1 2 3 4 5

POZİTİF FORMAL DÜŞÜNCE BOZUKLUĞU:

26. **Düşüncenin raydan çıkması (Derailment)**
Fikirlerin bir diziden diğerine dolaylı, bağlantılı ya da bağlantısız olarak kayıp gittiği konuşma şekli. 0 1 2 3 4 5
27. **Teğetleme (Tangentiality)**
Dolaylı veya konu dışı tarzda sorulara yanıt verme 0 1 2 3 4 5
28. **Dikişsizlik (Incoherence)**
Zaman zaman esas olarak anlaşılmayan konuşma şekli. 0 1 2 3 4 5
29. **Mantık dışılık**
Mantık olarak izlenemeyen sonuçlar çıkarılan konuşma şekli 0 1 2 3 4 5
30. **Çevresel konuşma (Circumstantiality)**
Hedef düşünceye ulaşması çok dolambaçlı olan ve geciken 0 1 2 3 4 5

- konuşma şekli.
31. **Basınçlı konuşma**
Hastanın konuşması hızlı ve durdurulması güçtür. 0 1 2 3 4 5
Konuşma miktarı normalden çok fazladır.
32. **Çelinebilir konuşma (Distractible speech)**
Hasta, konuşma akımını kesen yakın uyarılarca çelinebilir. 0 1 2 3 4 5
33. **Klang çağrışım**
Kelime seçimine anlamsal ilişkilerden daha çok seslerin 0 1 2 3 4 5
yön verdiği konuşma şekli.
34. **Pozitif formal düşünce bozukluğu**
Bu bütünsel derecelendirme anormalliği derecesini ve kişinin 0 1 2 3 4 5
ilişki kurma yeteneğini etkileme derecesini yansıtmaktadır.

EK- 4**NEGATİF BELİRTİLERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (NBDÖ)**

0: YOK 1:ŞÜPHELİ 2:HAFİF 3:ORTA 4:BELİRGİN 5:ŞİDDETLİ

AFFEKTİF DÜZLEŞME VEYA KÖRLEŞME:

1. Değişmeyen yüz ifadesi	0	1	2	3	4	5
2. Azalmış kendiliğinden hareketler	0	1	2	3	4	5
3. Anlamli jestlerin yokluğu	0	1	2	3	4	5
4. Affektif yanıtızlık	0	1	2	3	4	5
5. Sesteki esnekliliğın yokluğu	0	1	2	3	4	5
6. Global olarak affektif düzleşme	0	1	2	3	4	5

Alt ölçek Toplam:**ALOGİA:**

7. Konuşma yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
8. Konuşma içeriğinin yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
9. Blokaj	0	1	2	3	4	5
10. Yanıt verme süresinin uzaması	0	1	2	3	4	5
11. Global olarak alogia	0	1	2	3	4	5

Alt ölçek Toplam:**İSTEKSİZLİK-APATİ:**

12. Üst baş özeni ve temizliği	0	1	2	3	4	5
13. İş ve okulda sebatsızlık	0	1	2	3	4	5
14. Fizik enerjisinin azalması	0	1	2	3	4	5
15. Global olarak apati	0	1	2	3	4	5

Alt ölçek Toplam:**ANHEDONİ-ASOSYALLİK:**

16. Yaratıcı ilgi ve etkinlik	0	1	2	3	4	5
17. Cinsel etkinlik	0	1	2	3	4	5
18. Yakınlık ve dostluk kurma yeteneği	0	1	2	3	4	5
19. Arkadaş ve akranlarla ilişkiler	0	1	2	3	4	5
20. Global olarak anhedoni	0	1	2	3	4	5

Alt ölçek Toplam:**DİKKAT:**

21. Sosyal dikkatsızlık	0	1	2	3	4	5
22. Testler esnasındaki dikkatsızlık	0	1	2	3	4	5
23. Global olarak dikkat	0	1	2	3	4	5

Alt ölçek Toplam:

EK-5
DUYGU DIŞAVURUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumlar size uygunsa doğruyu (D), uygun değilse yanlış (Y) işaretleyin . Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

1. Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum. (D) (Y)
2. Onun hasta olduğuna inanmıyorum. (D) (Y)
3. Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum. (D) (Y)
4. Benim için onun istekleri diğer aile üyelerininkinden daha önemlidir. (D) (Y)
5. Onunla ilgili her şeyi, kendine özel konuları bile öğrenmeye çalışıyorum. (D) (Y)
6. Onun varlığı beni deli ediyor. (D) (Y)
7. Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye. (D) (Y)
8. Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum. (D) (Y)
9. Ona sık sık öğüt veriyorum. (D) (Y)
10. Onunla uyuşamıyoruz. (D) (Y)
11. Bıraktım artık ne hali varsa görsün. (D) (Y)
12. Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum. (D) (Y)
13. Ona kırılıyor, güceniyorum. (D) (Y)

14. Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim. (D) (Y)
15. Onun üstüne titrerim. (D) (Y)
16. Onunlayken başka şeyle ilgilenemiyorum, ilgim hep onunla oluyor. (D) (Y)
17. O benim hayatımı yaşamama engel oluyor. (D) (Y)
18. O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi geliyor. (D) (Y)
19. Onun yaptığı işleri beğenmiyorum. (D) (Y)
20. Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve bunu ona söylüyorum. (D) (Y)
21. Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum. (D) (Y)
22. Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum. (D) (Y)
23. Onun her şeyi ile ben ilgileniyorum. (D) (Y)
24. “Ondan ah bir kurtulsam” diye düşündüğüm oluyor. (D) (Y)
25. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum. (D) (Y)
26. Kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum. (D) (Y)
27. Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılamıyorum. (D) (Y)
28. Biz birbirimize benziyoruz. (D) (Y)
29. Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum. (D) (Y)
30. Onunla iyi anlaşıyoruz. (D) (Y)

31. Aklım fikrim hep onda başka hiçbir şey düşünemiyorum. (D) (Y)
32. Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum. (D) (Y)
33. Ondan uzak kalmak istiyorum. (D) (Y)
34. Başıma bir sürü dert açıyor. (D) (Y)
35. O olmasa bütün işler yoluna girecek. (D) (Y)
36. Bir zorlukla karşılaşsam başa çıkabiliyorum. (D) (Y)
37. Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor. (D) (Y)
38. Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmaya çalışırım. (D) (Y)
39. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla sohbet etmeye çalışırım. (D) (Y)
40. Onun hastalığını abarttığını düşünüyorum. (D) (Y)
41. Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum. (D) (Y)

EK-6

ŞİZOFRENİ HAKKINDA BİLGİ ÖLÇEĞİ

Bu anketin amacı, sizlerin şizofreni hastalığı hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunuz

ölçmektedir. Aşağıda şizofreni hastalığı ile ilgili çeşitli cümleler bulunmaktadır. Lütfen cümleleri okuyun ve eğer cümle sizce doğru ise doğruyu (D) doğru değilse yanlış (Y) işaretleyin.

- 1 Şizofreninin nedeni beyinden kaynaklanan bir problemdir. () D () Y
- 2 Şizofreni için en iyi tedavi yolu ilaç kullanmaktır. () D () Y
- 3 Şizofreni hastaları kendilerini iyi hissettikleri dönemlerde ilaçlarını bırakabilirler. () D () Y
- 4 Bir hekim şizofreni tanısını kişi ile yaptığı görüşme sonucu koyar. () D () Y
- 5 Bir kişi Milli İstihbarat Teşkilatının bedenine bir çip yerleştirdiğini düşünmektedir. Bu belirti hezeyan (delüzyon) olarak adlandırılır. () D () Y
- 6 Hastalığın seyrinde ailenin rolü yoktur. () D () Y
- 7 Şizofreninin yaygın belirtileri arasında hastaların diğer insanların kendilerini izlediklerini ve takip etiklerini düşünmeleri de vardır. () D () Y
- 8 Şizofreni belirtileri çocukluktan itibaren ortaya çıkar. () D () Y
- 9 Başkalarını duymadığı seslerin duyulmasının önlenmesi için hastalara antipsikotik ilaçlar verilir.
() D () Y
- 10 Şizofreni hastaları bağımsız yaşayabilme becerilerini kazanma konusunda cesaretlendirilmelidir.
() D () Y
- 11 Şizofreninin yaygın belirtileri arasında hastaların şiddet uygulaması, fiziksel saldırıda bulunması ve hırsızlık yapması bulunmaktadır. () D () Y
- 12 Bir kişinin şizofreni hastası olduğuna karar verecek en yetkili kişi bir aile üyesidir.
() D () Y
- 13 Bir kişinin şizofreni hastası olduğuna karar verecek en yetkili kişi psikiyatristtir. () D () Y

- 14 Stresle başa çıkma konusunda hastalar en çok psikoterapiden yararlanmalıdır. () D () Y
- 15 Antipsikotik ilaçların yol açtığı yan etkiler eğer çok ağırsa hasta ilaçları bırakmalıdır.() D () Y
- 16 Şizofreni tedavisinde bitkisel ilaçlar kullanılmaktadır. () D () Y
- 17 Şizofreni kişilik bölünmesidir. () D () Y
- 18 Şizofreni hastaları en çok yıllarca hastanede yatarlarsa iyi olabilirler. () D () Y
- 19 Şizofreni için en iyi tedavi yolu ameliyat olmaktır. () D () Y
- 20 Stresle başa çıkma konusunda hastalar en çok ağrı kesici ilaçlardan yararlanmalıdır.
() D () Y
- 21 Duygusal küntleşme şizofreninin önemli belirtilerinden biridir. () D () Y
- 22 Şizofreninin nedeni ailedir. () D () Y
- 23 Şizofreninin uzun dönem yaygın sonuçlarından biri “bunama”dır. () D () Y
- 24 Halüsinasyon, hezeyan ve dezorganize konuşma şizofreninin başlıca belirtilerindendir.
() D () Y
- 25 Başkalarının duymadığı seslerin duyulmasının önlenmesi için hastalara sakinleştiriciler verilir.
() D () Y
- 26 Şizofreninin nedeni cinlerdir. () D () Y
- 27 Şizofreni hastaları en çok aile desteği aldıklarında ve düşük stresli ortamlarda yaşadıklarında iyi olabilirler. () D () Y
- 28 Şizofreni belirtileri genellikle 18-25 yaş arası ortaya çıkar. () D () Y
- 29 Şizofreni hakkında doğru bilgi almak için din adamlarına ve hocalara gidilmelidir.
() D () Y
- 30 Doğum öncesi annenin gribal enfeksiyona yakalanması şizofreni ile ilişkili risk faktörleri arasında bulunmaktadır. () D () Y
- 31 Bir hekim şizofreni tanısını kan testi sonuçlarına göre koyar. () D () Y
- 32 Tedavi sonrasında hastalar uzun süre psikotik belirtilerden kurtulurlar ve atak geçirme olasılıkları azalır. () D () Y
- 33 Şizofreni hastaları sosyal hayata katılma yönünde cesaretlendirilmelidir. () D () Y

34 Bir kişi Milli İstihbarat Teşkilatının bedenine bir ip yerleştirdiğini dőřünmektedir. Bu belirti fobi olarak adlandırılır. () D () Y

35 Hastalığın ortaya çıkmasında, ailenin rolő yoktur. () D () Y

36 şizofreni hakkında doğru bilgi almak için ilgili internet sayfaları incelenmeli ve kitaplar okunmalıdır. () D () Y

37 şizofreni tedavisinde tipik ve atipik antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır. () D () Y

38 Stresli ev ortamı ve yaşam olayları hastalığın kőtőleřmesine neden olur. () D () Y

39 şizofreninin nedeni biyolojiktir. () D () Y

40 şizofreni hastalarının temel ihtiyaçları aileleri tarafından karşılanmalıdır. () D () Y

41 şizofreni hastalığı hakkındaki bilginizin ne dőzeyde olduğunu dőřünüyorsunuz?

şizofreni hakkında hiç bilgi sahibi değilim.

şizofreni hakkında çok bilgi sahibiyim.

1

2

3

4

5

6

7

EK-7
SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.Genellikle keyfim yerindedir.	1	2	3	4
2.Genellikle çabuk yoruluyorum.	1	2	3	4
3.Genellikle kolay ağlarım.	1	2	3	4
4.Başkaları kadar kolay mutlu olmak isterim.	1	2	3	4
5.Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.	1	2	3	4
6.Kendimi dinlenmiş hissederim.	1	2	3	4
7.Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	1	2	3	4
8.Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	1	2	3	4
9.Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	1	2	3	4
10.Genellikle mutluyum.	1	2	3	4
11.Her şeyi ciddiye alırım ve etkilenirim.	1	2	3	4
12.Genellikle kendime güvenim yoktur.	1	2	3	4
13.Genellikle kendimi güvende hissederim.	1	2	3	4
14.Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1	2	3	4
15.Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	1	2	3	4
16.Genellikle hayatımdan memnunum.	1	2	3	4

17.Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	1	2	3	4
18.Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	1	2	3	4
19.Aklı başında ve kararlı bir insanım.	1	2	3	4
20.Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder.	1	2	3	4

Sürekli Kaygı Puanı:

EK-8

DIŞA VURULAN DUYGULANIM DÜZEYİ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: AŞağıda son 3 ayın en az 1 ayı birlikte oturduğunuz bir yakınınızın size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen birlikte yaŐadığınız , sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimlerde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

- 1.KonuŐmak istediğim zaman anlayışla karşılar.
- 2.Sinirlendiğim zamanlar beni yatıŐtırır.
- 3.Kontrolümü yitirdiğimi söyler.
- 4.Beklentilerini karşılamadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır.
- 5.Ben konuşurken müdahale etmez.
- 6.Sinirlerimi bozmaz.
- 7.İyi değilim dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler.
- 8.Beklentilerini duyuramadığım için kendimi suçlu hissetmeme neden olur.
- 9.Bana karşı aşırı koruyucu-kollayıcılığı yoktur.
- 10.Kendimi iyi hissetmediğim zamanlar bana öfkelenir.
- 11 .Hasta veya keyifsiz olduğumda bana karşı anlayıŐlıdır.
- 12.Benim olaylara bakış açımı anlayabilir.
- 13.Her zaman müdahalecidir.
- 14.Bir şeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz.
- 15.Kendimi iyi hissetmediğimde bana dışarıdan yardım aramam için cesaret verir.
- 16.Ona dert olduğumu düşünmez.
- 17.Bir şeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez.
- 18.İŞler sarpa sarınca doğru dürüst düşünmez.
- 19.Keyifsiz huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz.
- 20.Benden umduğunu bulamazsa beni aŐaĐılar.
- 21 .Hep benimle birlikte olmakta ısrarlı değildir.
22. Yolunda gitmeyen işler için beni suçlar.
- 23.Bir insan olarak değerli biri olduğumu bana hissettirir.
- 24.Keyifsiz, huzursuz yada kafam karıŐık olduğunda bu duruma " tahammül göstermez.

25. Beni çaresizliğim ve bunalımımınla öylece bir kenarda bırakır.
26. Kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez.
27. Sorunlarımı ondan öç almak için yarattığımı söyler.
28. Benim özelliklerimi sınırlılıklarımı anlar, elimi kolumu bağlayan şeyleri bilir.
29. Ne yaptığımı bilmek için beni sık sık kontrol eder.
30. Zor durumlar karşısında soğukkanlılığım ve kendine hakimiyetini koruyabilir.
31. Hasta olduğumda, benim kendimi iyi hissetmem için uğraşır.
32. Benim neyi becerip neyi beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir.
33. Her zaman işlerime burnunu sokar.
34. Söylediğim şeyleri sonuna kadar dinler.
35. Uzman yardımı aramanın doğru olmayacağını söyler.
36. İşler yolunda gitmediği zaman bana öfkelenir.
37. Hakkımda her şeyi mutlaka öğrenmek ister.
38. O yanımda olduğu zaman huzurlu ve rahat hissetmemi sağlar.
39. İyi olmadığını söylediğimde beni durumumu abartmakla suçlar.
40. Bir şeyler yolunda gitmese bile bana karşı hep sabırlıdır.
41. Gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister.
42. Bana sebepsiz yere öfkelenir.
43. Hasta olduğum zaman ilgili biri olur.
44. Desteğine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez.
45. Benim özel kişisel meselelerime karışır.
46. Zor (stres yaratan) bir durumla kolayca başa çıkar.
47. Kendimi iyi hissetmiyorsam, durumumu merak eder ve anlamak ister.
48. Bir hata yaparsam anlayışla karşılar.
49. Hayatıma karışmaz.
50. İyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur.
51. Kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz.
52. Benden çok fazla şey bekler.
53. Bana ait çok özel konularda çok soru sormaz.
54. İşler yolunda gitmediği zaman o işleri daha da kötüleştirir.
55. Kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar.

- 56.Ben bir şeyi beceremeyince zıvanadan çıkar çok öfkelenir.
- 57.Geliş gidiş saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem huzursuz olur.
- 58.İşler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur.
- 59.Kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda bana güven verir, destek olur.
- 60.Kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler

EK-9

AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ

Bu anket formunda aileler hakkında 26 ifade yer almaktadır. Sizden istediğimiz, bunların herbirini okuyarak, ailenizi en iyi tanımlayan ifadenin sağındaki şıklardan uygun olanını işaretlemenizdir.

Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelebilir. Bu tür ifadelerle karşılaştığınız zaman karar verebilmek için, size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Burada öğrenmek istediğimiz ailenizi nasıl gördüğünüzdür (algılandığınızdır). Ailenizden diğer kişilerin soruları nasıl cevaplayacaklarını tahmin etmeye çalışmayınız. Lütfen, yalnız kendi duygu ve düşüncelerinize göre cevaplayınız

	Hiç katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kuvvetle katılıyorum
1. Ailemizde faaliyetler oldukça dikkatli planlanır.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Aile üyeleri duygularını açıkça ifade ederler.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Ailemizde kurallara uymaya çok önem verilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Ailemizle ilgili kararlar daha çok büyükler tarafından verilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bizim ailede bireyler, kendi meselelerini kendileri hallederler.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Bizim evde işler belirli bir düzene göre yapılır.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Evde birbirimize kişisel sorunlarımızı anlatırız.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Aile üyelerinin “doğru ve yanlışlar” hakkında kesin düşünceleri vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Aile üyeleri gerçekten birbirlerine destek olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Birbirimizle konuşurken ne dediğimize dikkat ederiz.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Bizim ailede herkese verilecek bol zaman ve ilgi vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Bizim ailede canımız ne isterse yapabiliriz.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Ailemizde birlik beraberlik duygusu vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Ailemizde uyulması gereken kurallar vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Ailemizde kararlaştırılan bir şeyin tam zamanında yapılması	(1)	(2)	(3)	(4)

(dakiklik) çok önemlidir.				
16. Bizim evde kurallar oldukça katıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Ailemizde üyelerin, sormadan karar değiştirmesi olumsuz karşılanır.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Aile üyeleri kızgınlıklarını açıkça gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Ailece temiz ve düzenli insanlarız.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Ailemiz bizi kendi kendimize yeterli olmaya teşvik eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Ailemizde sesimizi yükselterek bir şey elde edemeyeceğimize inanırız.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Ailemizde her bireyin görevi açıkça belirlenmiştir.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Ailemizde bir anlaşmazlık olduğunda, bunu çözümlmek ve huzur sağlamak için çaba sarfederiz.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Birbirimizle gerçekten iyi geçiniriz.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Bizim evde aradığımız bir şeyi yerinde bulmak zordur.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Aile üyeleri, karşılaştıkları sorunları kendi kendilerine hallederler.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-10**PSİKOEĞİTİM DEĞERLENDİRME FORMU**

1. “Hastalığı tanıma” seansının yararlılığını değerlendiriniz.

1.Çok yararlı 2.Yararlı 3.Biraz yararlı 4.Çok az yararlı 5.Hiç yararlı değil

2. “Hastalığın tedavisi ve aileye düşen görevler” seansının yararlılığını değerlendiriniz.

1.Çok yararlı 2.Yararlı 3.Biraz yararlı 4.Çok az yararlı 5.Hiç yararlı değil

3. “İletişim becerileri” seansının yararlılığını değerlendiriniz.

1.Çok yararlı 2.Yararlı 3.Biraz yararlı 4.Çok az yararlı 5.Hiç yararlı değil

4. “Öfke kontrolü” seansının yararlılığını değerlendiriniz.

1.Çok yararlı 2.Yararlı 3.Biraz yararlı 4.Çok az yararlı 5.Hiç yararlı değil

5. Psikoeğitim programının tamamının yararlılığını değerlendiriniz.

1.Çok yararlı 2.Yararlı 3.Biraz yararlı 4.Çok az yararlı 5.Hiç yararlı değil

EK-11

ŞİZOFRENİ HASTA YAKINLARI İÇİN DÜZENLENEN PSİKOEĞİTİM PROGRAMI EL KİTABI

İŞLEM

Programın süresi, içeriği, uygun katılımcı sayısı ve grup ortamı, rol çalışmaları ve ev ödevleriyle ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Süreç ve İçerik:

Aile eğitiminin yaklaşık 2 ay boyunca haftada 1 gün 90 dakikalık oturumlar şeklinde olması önerilmektedir. Aile eğitimlerinin süresi hasta yakınlarının öğrenme derecelerine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Oturumlarının hangi gün ve saatte olacağına terapist ve katılımcılar birlikte karar vermelidir. Böylelikle gruba devamlılık daha iyi sağlanacaktır. Oturumların ilk 10-15 dakikası semptom kontrolü, daha önceki seansın özetlenmesi ve ödevlerin tartışılmasını içerir. Daha önceki seansla ilgili özet yapılması konuyu hatırlayamayan ya da gelmeyenler için faydalı olur. Önceden belirlenen o seans için anlatılacak konunun amacı açıklanmalıdır. Yeni konu anlatılıp konuyla ilgili alıştırmalar yapıldıktan sonra hasta yakınlarının bu konuyla ilgili bilgi ve deneyimlerini grupla paylaşmaları sağlanır. Hasta yakınlarının gereksinimlerini ve duygularını ifade ederken eğitimle birlikte gelişen beceriler fark edilmeli ve olumlu geri bildirimde bulunulmalıdır.

Her seansın son 10-15 dakikası konuyla ilgili soruların yanıtlanmasını ve bir sonraki seansa kadar uygulanması beklenen ödevlerin açıklanmasına ayrılır.

Katılımcı Sayısı:

Gruptaki hasta yakını sayısının sağlıklı iletişim kurmak, duygu ve düşünceleri paylaşmak ve rol çalışması yapmak için grupların 6-10 kişiden oluşması önerilmektedir.

Grup Ortamı:

Grup terapileri hasta yakınlarının kolay bulabileceği hastane, dernek ya da toplum ruh sağlığı merkezlerinin bu amaç için düzenlenmiş grup terapisi odalarında yapılmalıdır. Oda herkesin rahatça hareket edebileceği ve rol çalışmalarına imkan veren genişlikte olmalıdır. Grup terapisi odasında sandalyeler, yazı tahtası, projeksiyon cihazı, kalem, kağıt gibi malzemeler bulunmalıdır. Sandalyelerin, iletişimi kolaylaştırması açısından U düzeni şeklinde olması önerilmektedir.

Terapistin Özellikleri

Grup eğitimini şizofreni hastalığı hakkında bilgisi ve daha önce şizofreni hastalarıyla çalışma tecrübesi olan bir psikolog tarafından verilebilir. Program bitene kadar oturumların aynı eğitmen tarafından yapılması planlanmaktadır.

Rol Çalışmaları

Rol çalışmalarında tekniğin amacı ve katkısının ne olduğu açıklanmalıdır. Hasta yakınlarına kazandırılmak istenen becerilere rol canlandırma yoluyla modellik yapar. Terapist model olduktan sonra hasta yakının kendinden bir şeyler katarak o çalışmayı prova etmesi sağlanır. Hasta yakınlarının rol çalışmasına katılmaları için teşvik edilir. Terapist rol çalışması esnasında hasta yakınlarına yakın durup ipuçları verebilir. Rol çalışması bittiğinde kişiye rol çalışmasına katıldığı ve davranışı gerçekleştirme konusundaki çabasından olayı teşekkür edilip, olumlu geri bildirim verilmelidir.

Rol çalışmalarıyla kazandırılmak istenen davranışın terapi ortamında denenerek pratik edilmesi hedeflenir.

Ev Ödevleri

Hasta yakınlarının seans içinde ve rol çalışmalarıyla prova ettikleri davranışları günlük yaşamda da denemeleri için verilir. Ev ödevleri verilirken hasta yakınlarına ödevin amacı ve mantığı anlatılmalıdır. Ev ödevlerini yapmayan olursa ödev yapmalarını engelleyen nedenler anlaşılmaya ve giderilmeye çalışılmalıdır. Bu nedenlerden bazıları ödevin üyeler tarafından anlaşılmamış olması, yeterince önemli ve gerekli bulunmamış

olması, yapabileceklerinin üzerinde zorlayıcı olması ve zaman ve ortamdaki kaynaklanan engeller olabilir.

1.seans

Amaç:

- 1- Hasta yakınlarıyla tanışma
- 2- Hasta yakınlarına programın amacının ve içeriğinin tanıtılması
- 3- Grup kurallarının oluşturulması

Terapist kendini tanıttikten sonra aile eğitiminin amaçları anlatılarak gruba başlanır. Genellikle aileler hastalarına nasıl yardımcı olabileceklerini bilmemektedir ve bu da ailelerde çaresizlik duygusu ve stres yaratmaktadır. Bu nedenle aile eğitiminde hasta yakınlarına etkili iletişim teknikleri, şizofreni hastalığının belirtileri ve akut dönemlerde aileye düşen görevler, problem çözme becerileri ve empati konularının işleneceği belirtilir. Aile eğitimiyle, hasta yakınlarının hastalıkla ilgili negatif duygularını (öfke, suçluluk vb.), hasta ile çatışmalarını paylaşmalarının ve şizofreni hastalığının seyri ve tedavisi ile ilgili bilgi edinmelerini ve bu bilgiler doğrultusunda bakım verenlerin hastaların tedavisinde tedavi ekibiyle işbirliğine girmelerinin sağlanması, hasta ve hasta yakınları arasındaki ilişkilerin gelişmesi ve yaşam kalitelerinin artmasının amaçlandığı anlatılır.

Hasta yakınları kendini tanıtır. Bu amaçla alıştırma 1.1 yapılır. İsimleri, hangi hastanın yakını oldukları, kaç kişilik bir aile oldukları, varsa meslekleri, nerede ve kimlerle birlikte yaşadıkları hakkında bilgi alınır. Tanışma esnasında terapist ailelere karşı nazik ve içten olmalıdır.

Grup kuralları hasta yakınlarıyla birlikte oluşturulmalıdır. Seansların hangi gün ve saatte olacağına katılımın tam olması için birlikte karar verilmelidir. Seanslara düzenli gelmenin önemi anlatılmalı ve gizliliğin olması, ev ödevlerinin yapılması gibi bazı temel kurallar anlatılmalıdır.

Seansın son 15-20 dakikasında alıştırma 2 yapılır, hasta yakınlarının grup oturumlarıyla ilgili soruları alınır ve gruptan beklentileri sorulur.

Alıştırma 1.1: Aile üyeleri ilk defa böyle bir grup eğitimine katıldıkları ve diğer grup üyelerini tanımadıkları için gergin ve heyecanlı olabilirler. eğlenceli bir tanışma egzersiziyle hasta yakınları rahatlayabilir. Bu yüzden oturum sırasına göre herkesin ismini söylerken isminin baş harfiyle başlayan o kişiyi nitelendiren bir sıfat söyleyip daha sonra kendi ismini söylemesi istenir (Örneğin: ‘Şakacı Şakir’, ‘Bahtsız Bediha’ gibi). Kendini tanıtacak kişi kendisinden önce kendini tanıtan kişilerin sıfat ve isimlerini söyledikten sonra kendi sıfat ve ismini söyler. Böylelikle grup üyeleri hem birbirlerinin isimlerini öğrenmiş olurlar hem de grup üyelerinin ortama ve diğer üyelere ısınması sağlanmış olur. İsim alıştırmaları bittikten sonra hangi hastanın yakını oldukları, kaç kişilik bir aile oldukları, varsa meslekleri, nerede ve kimlerle birlikte yaşadıkları hakkında bilgi alınır.

Alıştırma 1.2: Hasta yakınlarından hastalarının en beğendikleri en az iki olumlu özelliğini (huy, alışkanlık v.s.) düşünüp grupla paylaşmaları istenir. Kaydedici konumundaki yardımcı terapist not alır. Bu alıştırmayla hasta yakınlarının hastaların olumlu davranışları üzerinde yoğunlaşmaları sağlanır.

Ödev: Her üye diğer seansa 3 veya 4 tane aile fotoğrafı getirip aile üyelerini tanıttacak.

2. Seans

Amaç:

1. Ailelere şizofreni hastalığının belirtilerinin öğretilmesi
2. Ailelerin şizofreni hastalığın nedenleri ve gidişatı konusunda bilgilendirilmesi.
3. Şizofreni hastasıyla birlikte yaşamın aileye getirebileceği yüklerin konuşulması
4. Toplum içinde şizofreninin nasıl bilindiği ve ailelerin damgalamayla mücadelesi hakkında tartışmak

Ailelere şizofreni hastalığı hakkında neler bildiği sorularak seansa başlanır. Böylelikle sahip oldukları bilginin eksiklikleri, yanlışlıkları anlaşılır.

Şizofreni, genellikle ilk belirtileri ergenlik ya da yetişkinlikte ortaya çıkan, kişiyi dış dünyadan koparan, özellikle düşünce, algı ve duygulanım alanlarında bozulmalara neden olan alevlenme ve yatışma dönemleriyle süregelen bir ruhsal hastalıktır. Şizofreni hastalarının gerçeklik algıları bozulmuştur. Şizofrenin başlıca belirtileri pozitif , negatif ve bilişsel belirtilerdir. Halüsinasyonlar (varsanı), delüzyonlar (sanrılar), düşünce bozukluğu ve ajitasyon pozitif belirtiler olarak nitelendirilir. Sanrılar; kişinin güçlü bir şekilde inandığı gerçekte olmayan düşünceleridir. Varsanılar; kişinin beş duyu organıyla gerçekte var olmayan şeyleri algılamasıdır. Duygulanımda küntlük, sosyal içe çekilme, zevk alamama, isteksizlik, konuşmada azalma, jest ve mimiklerin az kullanılması, günlük etkinlikleri sürdürmemeye ise bu rahatsızlıkta görülen negatif belirtilerdir. Bellek, dikkat, düşünme ve muhakeme becerilerindeki bozulmalar bu hastalıktaki bilişsel belirtilerdir. Şizofreni hastalığının bu belirtileri hasta yakınlarının anlayabileceği terimler kullanılarak ve örnekler verilerek anlatılmalıdır.

Aileler bazen garip düşünceleri olan ya da halüsinasyonlar gören hastayla bu durumların gerçek olmadığı konusunda tartışmaktadırlar. Hasta için bu delüzyonlar ya da halüsinasyonlar oldukça gerçekçidir. Bunların gerçek olup olmadığı konusunda tartışmak yerine bunları aynı şekilde görmedikleri ya da düşünmediklerini belirtmeleri önerilir.

Bu hastalık sosyal ve mesleki işlev bozukluğuna da sebep olur. Kişinin hastalık öncesi işlevselliğinde düşüş görülür. Bu hastalıktan ötürü kişi işten ayrılabilir, okula devam edemeyebilir, aileden ve arkadaşlardan uzaklaşabilir ya da özbakımına dikkat etmeden, vaktinin çoğunu evde geçirerek yaşayabilir. Sosyalleşme sorunu olan bu hastaların toplumsal faaliyetlere katılmaları konusunda hasta yakınlarına büyük görev düşmektedir. Vaktinin çoğunu evde oturarak ya da yatarak geçiren hastalar kendi hayatlarını sürdürebilecek bağımsız yaşama becerisine sahip değildir ve bu durum hasta yakınlarının da yükünü arttırır. Hasta yakınları da bu durumdan ötürü ‘Bizden sonra ne olacak bunun hali’ gibi düşüncelere kapılıp kaygılanırlar. Bazı hasta yakınları da hastalarına rahatsızlıklarından dolayı ev ile ilgili sorumluluk vermemektedirler. Bu durumun yanlış olduğu anlatılmalı, ev işlerinin evde (temizlik, tamir vs.) ve dışarıda (Pazar alışverişi, fatura yatırma vs.) yapılan kısımlarında görevler verilmesi gerektiğinden bahsedilmelidir. Ev işlerine katkıda bulunuyor olmak hastanın benlik saygısını arttıracak yeniden topluma entegre olmasını sağlayacak ve hasta yakınlarının yükünü hafifletecektir. Hastalık

belirtileri detaylı bir şekilde anlatıldıktan sonra bu bilgilerin daha iyi oturması için alıştırma 2.1 yapılır.

Hastalığın seyri kişiden kişiye değişebilir. Kiminin hastalık belirtileri bir dönem ortaya çıkıp daha sonra kaybolurken kiminde hastalık belirli dönemlerde alevlenir belirli dönemlerde söner kiminde ise hastalık belirtileri inatçı bir şekilde devamlı vardır ve iyilik hali çok azdır.

Şizofreni hastalığı kalıcı ancak belirtilerinin tedavi edilebildiğı bir rahatsızlıktır. Aileler bu rahatsızlığın az rastlanan bir rahatsızlık olduğunu düşünebilir ancak şizofreni hastalığının her 100 kişiden 1'inde görülen yaygın bir rahatsızlık olduğu ailelere anlatılır.

Aileler yakınlarının hastalığıyla ilgili kendisini ya da başkalarını sorumlu tutabilirler (Örneğın: 'Hamilelik esnasında iyi beslenemedim o yüzden hastalandı.', 'Çocukken ona fazla vakit ayıramadım bu yüzden hastalandı', ' Babası şiddet gösterdiği için hastalandı' vs.). Alıştırma 2.2 yapılarak ailelere bu hastalığın birinin olumsuz davranışıyla, kötü anne-baba tutumuyla, beslenmeyle ilgisinin olmadığı açıklanır. Şizofreninin etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik faktörler, doğum öncesi virüse maruz kalma, doğum komplikasyonları risk faktörü olarak bilindiğı yapılan araştırmalara göre şizofreninin, beyindeki sinir hücreleri arasındaki iletişimi sağlayan dopamin ve serotonin adı verilen kimyasal ileti maddelerinde ki bozulmadan kaynaklandığı açıklanır.

Aileler yakınlarının rahatsızlıklarından ötürü duygusal, fiziksel ve mali sıkıntılar çekerler. Bu sıkıntılarını ilk seanslarda kalabalık bir grup önünde paylaşmak istemeyebilirler. Ancak grupta benzer sıkıntıları yaşayan, onları anlayabilecek, hoşgörölü kişilerin olması kendilerini rahat hissetmelerini sağlayacaktır. Bu amaçla alıştırma 2.3 uygulanır.

Daha önce eğitim almamış hasta yakınlarının çoğı şizofreni hastalığıyla ilgili bilgilere ya sahip değildir ya da bazı şeyleri yanlış biliyor olabilir. Bilgisizlik ya da yanlış bilgilerden ötürü önyargıların da etkisiyle bu hastalığa yakalanan bireyler için ailenin ya da toplumun yaklaşımı olumsuz olabilir. Toplum tarafından dışlanan kimi zaman deli olarak nitelendirilen bu hastaların yakınları da hastalarının rahatsızlığından dolayı utanç duyabilir, damgalanmaktan korkabilirler. Bu yüzden hasta yakınları çevrelerinden yakınlarının böyle bir rahatsızlığının olduğunu gizleyebilirler. Verilen eğitimle hasta yakınlarının bu rahatsızlığın şeker hastalığı, tansiyon hastalığı gibi kronik bir rahatsızlık olduğunu öğrenmeleri sağlanarak, damgalamayı önlemek için kendilerinin bilgilendirilmesi ve

çevrelerini de bilgilendirerek onların yanlış bildiği şeyleri düzeltmeleri konusunda etkin olmaları gerektiği vurgulanmalıdır.

Seansın son 10-15 dakikasında hasta yakınlarının konuyla ilgili soruları varsa sormalarını ve ödev verilmesini içerir. Bu seansta hasta yakınlarına ödev 1 ve ödev 2 verilir.

Alıştırma 2.1: Hasta yakınları ikişerli olarak sırayla salonun ortasına geçecek. Hasta yakınlarından biri deneyimli ve bilgili diğeri de yeni teşhis konulmuş bir hastanın deneyimsiz ve bilgisiz hasta yakınına canlandırarak. Deneyimsiz olan diğeri şizofreni hastalığının belirtilerini soracak deneyimli hasta yakını belirtileri anlatacak ve bu belirtilerle ilgili hastayla tartışılmaması gerektiğini söyleyecek. Deneyimsiz hasta yakını da bu belirtilerden hangilerinin kendi hastasında olduğunu söyleyecek. Bu alıştırma ile bilgilerin daha iyi anlaşılması sağlanacak.

Alıştırma 2.2: Suçluluk çoğu hasta yakınının bir dönem ya da sürekli yaşadığı bir duygusal tepkidir. Hasta yakınları; hastaların erken uyarıcı işaretlerini fark edememe ya da bu işaretlerin dönemselsel bir duruma ya da strese atfedilerek hastalığın yadsınması, hastalarını tedaviye geç ikna etmeleri, faydasız tedavi arayışlarıyla boşa zaman geçirmeleri gibi sebeplerle kendilerini suçlarlar. Şizofreni teşhisi konulan hastaların yakınlarının çoğu yakınlarının hastalığından kendini sorumlu tutarlar. Bu durumdan bahsedilerek grup üyelerine ‘Siz de hiç böyle şeyler düşündünüz mü?’ diye sorulur. Hasta yakınlarının suçluluk duyguları şizofreninin genetik ve biyolojik nedenleri terapist tarafından açık bir şekilde anlatılarak azaltılmaya çalışılır.

Alıştırma 2.3: Her hasta yakını diğeri bir hasta yakınıyla eşleşerek ikişerli gruplar oluşturarak 10 dakikalık bir görüşme yaparlar. Görüşme esnasında yaşanan ortak duygusal, fiziksel ve mali sıkıntıların not edilmesi ve daha sonra tüm grupla paylaşılması istenir. Bu görüşme ile hasta yakınları yaşadığı sıkıntılarla ilgili kendini açar ve diğeri hasta yakınının da benzer sıkıntılar yaşadığını görüp bu durumun sadece kendi ailelerin başına gelmediğini görürler. Süre bittikten sonra çiftlerden biri 2 dakika içerisinde not aldıkları ortak sıkıntıları tüm grup üyeleriyle paylaşır. Terapistin yönlendirmesiyle tüm grubun benzer sıkıntıları üzerinde tartışılır.

Ödev 1: Hasta yakınları hastayla birlikte hastanın yapmaktan hoşlanacağı bir aktivitede bulunacak. Aktivite seçimi hastanın kolaylıkla yapacağı bir aktiviteden başlanacak. Sonraki zamanlarda aktiviteler giderek zorlaşacak. Örneğin hastayla dışarı çıkmayı planladılar ancak hasta evden pek çıkmıyorsa yakındaki bir park ya da marketlere gitmekle başlanıp sonrasında kafeye gitmek daha sonra konsere, sinemaya gitmek gibi daha büyük adımlar atılacak. Diğer hafta yapılan aktivite ve aktivite sonucunda hasta yakını gözlemlerini anlatacak.

Ödev 2: Hasta yakını o hafta içinde kendi ilgi alanları, kişisel gereksinimleri için bir aktivitede bulunacak diğer oturumda bu aktiviteyi ve sonrasındaki duygu ve düşüncelerini paylaşacak.

3. seans

Amaç:

1. Şizofreninin tedavisinde ilaç tedavisi, psikoterapi ve uğraş terapilerinin öneminin anlatılması.
2. Antipsikotik ilaç kullanımı konusunda ailelerin bilgilendirilmesi
3. Ailelerin hastalığın uyarıcı işaretlerini tanımaları ve bu durumlarda neler yapılabileceklerinden söz etmek
4. Hastalığın alevlenme durumunda ailelere düşen görevlerin anlatılması

Verilen ödevler üzerine konuşularak seansa başlanır. Önceki oturumun bir özeti yapılır, anlaşılmayan yerler kısaca tekrarlanır.

Hastalar hastalıklarından ötürü tedaviye direnç gösterebilir ya da devam etmeyebilirler bu nedenle hasta yakınlarının sorumluluk alarak tedavi ekibiyle işbirliği içinde olması önemlidir. Bu seansta şizofreninin tedavisinde ilaç tedavisi, psikoterapi ve uğraş terapilerinin öneminden bahsedilir ve hastaların ilaçlarını düzenli kullanması psikoterapi ve uğraş terapilerine katılmaları konusunda ailenin hastaları teşvik etmeleri

gerektiği söylenir. Antipsikotik ilaçların etkileri ve yan etkilerinden bahsedilerek yan etkiler olduğu zaman hasta yakınlarının neler yapılabilecekleri konusunda bilgilendirme yapılır. Bu amaçla alıştırma 3.1 yapılır. Hastalar kendilerini iyi hissettiklerinde ilaçlarını bırakmak isteyebilir ve bu konuda hasta yakınlarını da ikna edebilirler. Hasta yakınları hastanın ilaç kullanmanın önemini anlamasına yardımcı olmalı, ilaç almayı sürdürürse iyilik halinin devam edeceği ancak ilaçlarını bırakırsa hastalığın alevlenip, hastane yatışının olabileceği konusunda hastaya bilgi vermelidir. Hasta yakınları ilaçların bağımlılık yaratabileceğinden endişe duyabilirler. Doktor kontrolünde olduğu sürece ilaçların bağımlılık yapmayacağı anlatılır.

Bu seansta hastalığın alevlenme dönemi ve bu döneme girmeden önceki erken uyarıcı işaretler konusunda da bilgi verilir. Şizofreni belirtileri ve erken uyarıcı işaretler her hastada farklı şekilde görülebilir. Bunları kaydetmek gelecekte yaşanacak alevlenmelerin önüne geçmek açısından faydalı olabilir. Bu amaçla alıştırma 3.2 yapılır. Düzenli ilaç kullanımının, destekleyici sosyal çevrenin, hastanın aileyle ilişkilerinin iyi olmasının, zamanı aktif bir şekilde geçirmenin, hasta yakınının uyarıcı işaretleri fark ederek hastalığın alevlenmesini önlemedeki rolü anlatılır.

Hastalar içgörü eksikliğinden uyarıcı işaretlerini fark edemeyip, yardım istemeyebilirler ve tedaviyi reddedebilirler. Eğer hasta yakınları hastanın, kendisi ve çevresine yönelik bir tehdit oluşturduğunu düşünürse hasta istemese bile hastalarını tedavi ettirebilirler.

Aileler hastalığın alevlenme döneminde ne yapmaları gerektiğini bilirlerse daha sakin ve kontrollü olur ve bu durumu daha kolay atlatabilirler. Kriz anında sağlık ekiplerine haber vermeleri, sağlık ekipleri gelene kadar sakin ve soğukkanlı olmaları, hastayı eleştirmeden, sorgulamadan dinlemeleri, hastanın tepki göstereceği davranışlar sergilememeleri, kendisine ya da başkalarına zarar verebileceği durumları hastaya hissettirmeden denetim altına almaları gerektiği anlatılır.

Seansın son 10-15 dakikası hasta yakınlarının grup oturumlarıyla ilgili soruları varsa sormalarını ve ödev verilmesini içerir . Ödev1 ve ödev 2 verilir.

Alıştırma 3.1: Antipsikotik ilaçların faydalarının daha iyi anlaşılması için form 2 verilir, herkes sırayla bir madde okur ve hasta yakınları ilaçların hastalar üstündeki faydaları konusunda tartışır.

Alıştırma 3.2: Grup ikiye bölünüp 3'er ya da 4'er kişilik alt gruplar oluşturulur. Bu alt gruplara hastalarında atakların (alevlenmenin) hemen öncesinde ne gibi değişiklikler fark ettikleri sorulur ve form 3 (uyarıcı işaretler listesi) verilir. Bu listeden kendi hastalarının uyarıcı işaretlerine tik atarlar ve sonra alt grupta bulunan üyelerin tümünde olan öncü belirti var mı, sayısı kaç belirtilir. Daha sonrada iki alt grupta birer sözcü bunları grubun tamamıyla paylaşır.

Ödev1: Hasta yakınlarına 'Acil Durum Formu' verilerek hastayla birlikte kriz durumunda yardım alabilecekleri tedavi ekibinin isimleri ve iletişim bilgilerini forma yazmaları ve bu formu kolaylıkla bulabilecekleri bir yerde saklamaları istenir. Hastaya da hasta yakınının kendi bilgileri de eklenerek formun bir kopyasının verilmesi istenir.

ACİL DURUM FORMU

Psikiyatrist Adı- Soyadı: İletişim bilgileri:
Hemşire Adı-soyadı: İletişim bilgileri:
Polis İletişim bilgileri:
Acil servisler İsim ve iletişim bilgileri:
Yardımcı olabilecek arkadaş/akraba Adı-Soyadı: İletişim bilgileri:

Ödev2: Hasta yakınlarının hastaların kullandıkları ilaçları öğrenip ilaç isimlerini ve dozajlarını not etmeleri istenir.

4. Seans

Amaç:

1. İletişim becerileri tekniklerini öğretmek
2. Bu teknikleri kullanarak günlük yaşamda karşılaşılan anlaşmazlıkları azaltmalarını sağlamak
3. Kişilerarası ilişkileri geliştirmek
4. İletişimde kaçınılması gereken durumların öğretilmesi

Önceki seansın ödevleri hakkında konuşularak seansa başlanır. Önceki seansla ilgili anlaşılmayan yerler varsa kısaca tekrarlanır. Bu seansta empatik dinleme, olumlu ve olumsuz duygu ve düşünceleri uygun bir şekilde ifade etme, istekte bulunma ya da reddetme, kızgınlığı ifade etme becerileri ele alınır. İletişim denilince ne anladıkları hasta yakınlarına sorularak konuya başlanır. Daha sonra iletişim şu şekilde tanımlanabilir: İletişim; bireyler ya da gruplar arasında söz, jest, mimik, yazı, işaret, görüntü, simgeler vb. araçlarla bilgi, düşünce ve duygu alışverişi sağlayan bir etkileşim sürecidir. İletişim becerilerinin sözel ve sözel olmayan bileşenlerinden bahsedilir. Yüz ifadesi, göz teması ,ses tonu, fiziksel temas, görünüş(kıyafet,saç), duruş, mekânsal mesafe, jest ve mimikler iletişimin sözel olmayan bileşenleridir.

Kişilerarası ilişkilerin iyi olması, kişilerin yaşam kalitesini etkiler. İlişki sorunları, gerçekte iletişim yani düşünce alışverişi sorunlarıdır. Aile içinde de hasta yakınları hasta ve diğer aile üyeleriyle iletişim sorunları yaşayabilirler. Örneğin fikirleri dinlenmiyor, konuşurken birden kendilerini tartışma içinde buluyor olabilirler. İletişim sorunları varken kaliteli bir yaşam sürdürmenin mümkün olmadığı açıklanır.

Bu hastalıktan ötürü hastalarda dikkat ve bellek sorunlarının olması, hastalığın negatif belirtilerinin olması, sosyal ortamlardan ayrı kalma sonucu uzun süredir kimseyle iletişim halinde olmama, hastanın ses duyması (halüsinasyonları) , zihninin karmaşık düşüncelerle dolu olması hastanın iletişim becerilerinin gelişmesini, bunun sonucu olarak da hastaların uzun süre birisini dinlemesini ve sorulan sorulara anında cevap vermesini engelleyebilir. Hastalar konuşanı dinlemekte zorlandıkları için aileler aynı şeyleri tekrar tekrar anlatmak zorunda kalabilirler. Bu gibi durumlarda hasta yakınlarının bu durumun hastalıktan ileri geldiğini unutmaması ve sabırlı olması gerektiği anlatılır. Şizofreni hastalığında 'bilgi işleme' işlevinde bozulma olduğundan hasta yakınları açık, sakin ve kısa bir şekilde konuşmalıdırlar.

Şizofren bir hastayla birlikte yaşamak, onun bakımını sürdürmek, hastanın durumuyla ilgili belirsizlikler hasta yakınlarında stres ve gerginliğe neden olabilir. Birbirini sürekli eleştirmenin ve duygularını aşırı derecede dışavurmanın, aşırı ilgi ya da ilgisizliğin, negatif semptomlarından hastayı sorumlu tutmanın hastanın hastalığının nüksüne, özgüven eksikliğine, aile içinde çatışma ve gerginliğe neden olacağı anlatılır. Aile içinde yapıcı ve olumlu bir iletişim tarzının olması, duygu ve düşüncelerin ifade edilmesine izin verilmesi aile içerisindeki stres ve gerginliği azaltacağı vurgulanır.

Hastayla çok fazla zaman ve enerji harcamadan ötürü ailenin diğer üyelerine vakit ayıramayan hasta yakınları diğer aile üleriyle de iletişim problemleri yaşayabilirler. Hasta yakınları hastanın bakımı ve tedavisi için tek başlarına sorumluluk almamalı, diğer aile üyelerine ve kendilerine de vakit ayırarak aile içi iletişimi güçlendirmeleri gerektiğinden bahsedilir. Yaşadıkları sıkıntı ya da sevinçleri diğer aile üleriyle paylaşarak duygusal yakınlığı arttıracakları vurgulanır.

Hasta yakınları hastalara karşı sınır koymayı da bilmelilerdir. Hastaların her istediklerini yapmalarına izin vermek aile üyelerinde gerginliğe ve çatışmaya neden olabilir. Bu yüzden hasta yakınlarına neyin makul karşılanıp neyin karşılanmayacağı konusunda açık ve net olmaları gerektiği söylenir. Örneğin hasta geceleri yüksek sesle televizyon izliyorsa ve bu davranışının uygunsuz bir davranış olduğunun farkında değilse, 'Televizyonun sesi çok açık olduğu için uyuyamıyoruz, lütfen televizyonu kısar mısın' şeklinde basit ve açık bir açıklama yapmaları önerilir.

Hasta yakınlarına ilişkileri geliştiren ve anlaşmazlıkları azaltan iletişim tekniklerinden bazıları aşağıdaki gibi açıklanabilir:

1. Göz Teması Kurmak

İletişime geçilen kişiyle göz teması kurmak karşıımızdaki kişiyi dinlediğimizi, önemseydiğimizi gösterir. Ancak arada bir göz temasını kesmek gerekir, çünkü sürekli bakmak karşıdakini rahatsız edebilir ve agresif bir davranış olarak görülebilir.

2. Etkin Dinleme

İletişime geçilen kişinin hem sözlü hem de sözsüz mesajlarını algılamak ve karşı tarafa bununla ilgili sözlü ve sözsüz geribildirim de bulunmaktır. Etkin dinlemenin bir diğer unsuru da *empati*dir. Bir kişinin kendini karşıdaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi sürecine empati adı verilir. Empatik bir dinleyici olmak için konuşan kişiyle göz teması kurmak, beden duruşunu o kişiye göre ayarlamak, konuşan kişiyi sözlü ve sözsüz iletişim yoluyla dinlediğini göstermek, başka şeylerle meşgul olmamak, konuyla ilgili duygu ve düşüncelerden bahsetmek gerekir.

3. Soru Sormak

Soru sormak konuşmanın akıcılığını ve ilişkinin zenginliğini sağlar. Yargılayıcı, hesap sorucu izlenim bıraktığı için "neden, niçin, niye" soru sözcüklerinden kaçınarak ; bunların yerine "ne, nasıl" sözcüklerini kullanarak, konuşmayı sürdürecekt açık uçlu sorular sorulmalıdır. Açık uçlu sorular daha fazla bilgi almayı, dinleyenin dikkatli dinlediğini gösterir, konuşanın uzun açıklamalar yapmasını sağlar. Hastalık belirtilerinden ötürü konuşmada akıcılığı sağlayamayan şizofreni hastalarına açık uçlu sorular sorularak iletişim becerilerinin ve hastayla ilişkilerin gelişmesine yardımcı olur. Sorularla hastayı sohbetin içine sokmak ve katılıma özendirip cesaretlendirmek gerektiği anlatılır. Örneğin: Ahmet bu konu hakkında senin fikrin ne?

4. Mesafeyi ayarlamak

İletişimde mekânsal mesafeyi ayarlamak önemlidir. Şizofreni hastalarıyla aileler iletişime girerken özellikle buna dikkat etmeleri önerilir. Çünkü hastanın mahrem alanına girilmesi sıkıntı, tedirginlik ve saldırganlık eğilimlerinde artışa neden olabilir.

5. Hoşnutsuzluğu dile getirme

Olumsuz duyguların yaşandığı durumlarda, olumsuz duyguların yaşandığı kişiye önce bu duyguyu uyandıran davranış ya da durum tanımlanarak, bu davranış veya durumdan nasıl etkilenildiğinin belirtilmesi ve ne hissedildiğinin söylenmesi gerekir. kişiyi suçlayıcı, davranıştan çok kişiliğe yönelik ifadelerde kişi kendini suçlanmış ve anlaşılmamış hisseder buda kişinin direnmesine neden olur. Davranışın kişi üzerinde yarattığı olumsuz etkinin ben dili kullanılarak ifade edilmesinin faydaları hasta yakınlarına anlatılır. Sürekli olarak söylenmek, sen dili kullanmak aile içi gerilimi arttırabileceği ve gerilimin, şizofreni belirtilerini tetikleyeceği ya da kötüleştirebileceğinden bahsedilir.

‘Ben dili’ ve ‘Sen dili’ nin daha iyi anlaşılması için aşağıdaki örnekler verilebilir.

Yıkıcı ifade: *‘Ağzın çok bozuk. Korkunç birisin.’*

Yapıcı ifade : *‘Bana küfür ettiğinde gerçekten çok üzüldüm ve korktum’.*

Sen dili: *‘Yeter artık hep sözümü kesiyorsun!’*

Ben dili: *‘Ben konuşurken sözümü kestiğin zaman söyleyeceklerimi unutuyorum ve sinirleniyorum.’*

Sen dili: *‘Ne kadar rahatsız olduğumu bildiğin halde inadına müziğin sesini sonuna kadar açyorsun.’*

Ben dili: *‘Müziğin sesini bu kadar çok açmandan rahatsız oluyorum.’*

7. İltifat Etmek, Takdir etmek

Olumlu davranışları görmek ve geribildirimde bulunmak, iltifat etmek, kişinin çabalarını fark edip takdir etmek karşıdaki kişinin kendisini iyi hissetmesini sağlar.

Örneğin öz bakımına dikkat etmeyen bir hasta, tıraş olduğunda aile üyelerinin ‘sıhhatler olsun, bugün çok yakışıklı görünüyorsun’ demesi hastanın hem kendini iyi hissetmesini hem de o davranışının pekişmesini sağlar. Diğer bir örnek: ‘Ayşe, bu işi bitirmek için ne kadar çok çaba sarf ettiğin belli. Bunu zamanında bitirmek için girdiğin sıkıntıları tahmin edebiliyorum.’

İletişimi zorlaştıran ve kaçınılması gereken durumlardan bazıları ise şunlardır:

- Konuyu hiçbir açıklama yapmadan değiştirmek
- Gereksiz ve yıkıcı eleştiride bulunmak
- Öğüt Vermek (Neden farklı bir açıdan düşünmüyorsun)
- Emir vermek, yönlendirmek (Odanı hemen düzle- Git kardeşinden özür dile)
- Gözdağı vermek(Dediğimi yapma da gör)
- Ahlak dersi vermek (Bu senin görevin)
- Dinleyiciye uygun olmayan anlatım tarzı
- Hızlı ve gereksiz bilgi aktarımı
- Ses tonunu ayarlayamama ve işitilmeme
- Vericinin sinirli ve huzursuz olması, konuşmaya önyargılı başlaması
- Alıcının algılama yavaşlığı, dikkat toplama zorluğu ,soru sormaması
- Konuşanın sözünü kesmek

Alıştırma: Grup ikişerli eşleştirilir. Hasta yakınlarından biri istedikleri bir aile bireyi rolünü diğeri de şizofreni hastası rolünü üstlenir. Yaklaşık 5 dakika boyunca günlük hayatta sık karşılaştıkları bir durumu canlandırmaları istenir. Daha sonra hasta yakınları rolleri değiştirir aynı şekilde rol çalışması yaparlar. Sonra her ikili şizofreni hastası rolündeyken ve hasta yakını rolündeyken ki hissettikleri duygu ve düşünceleri grupla paylaşır.

Hasta yakınları kendi rollerini günlük hayatta da zaten yaşıyorlar, biliyorlar ancak bu yaşantılardan kaynaklanan duygu ve düşünceleri tanımlıyor ve diğer hasta yakınlarının da benzer duygu ve düşüncelerin paylaşması yalnız olmadıklarını görmelerini sağlıyor.

Hasta rolüne girmeleriyle de hastaların gözüyle kendilerine ya da diğer aile üyelerine bakma şansları oluyor ve hastaların gözünden olayları değerlendirme fırsatı sağlıyor.

Alıştırma: Grup ikişerli eşleşecek çiftlerden biri diğerine son zamanlarda sıkıntılı olduğunu ve bu sıkıntılı süreci anlatacak. Diğeri ise önce iletişimde kaçınılması gereken durumlarla daha sonra da etkin iletişim teknikleriyle diğeriyle iletişime geçecek. Bu canlandırmadan sonra sıkıntısını anlatan kişinin her iki durumda ne düşünüp ne hissettiği sorulacak.

Alıştırma: Aşağıda anlatılan ‘Ot ve Güz Yaprığı’ hikayesi hasta yakınlarına anlatılır ve hikayede verilmek istenen mesaj sorulur.

“Ot, bir güz yaprağına dedi ki; ‘Düşerken çok ses çıkarıyorsun !. Kış düşlerimin hepsi uçup gidiyor.’ Yaprak kızgınlıkla, ‘Soysuz ve barksız yaratık! Şarkısız huysuz şey !. Sen yükseklere ulaşamazsın ve şarkı da söyleyemezsin.’ Sonra güz yaprağı toprağı uzandı ve uykuya daldı. Ve bahar geldiği zaman tekrar uyandı ve artık o da bir ottu.. Ve sonbahar geldiğinde ve kış uykusu bastırduğında ve üstüne havadan yapraklar düşmeye başladığında kendi kendine ‘Ah bu güz yaprakları ! Ne kadar çok gürültü yapıyorlar ! Bütün kış düşlerim uçup gidiyor.’ diye mırıldandı. ”

Ödev: Hasta yakını hastadan odasını toplama, toz alma gibi hastanın yapabileceği türde işleri yapmasını rica edecek. Hasta yapmadığı takdirde hasta yakını üzüntüsünü uygun bir dille ifade edecek. Yaptığı durumda onu takdir ederek ödüllendirecek.

Ödev: Hasta yakınları diğer seansa kadar her gün hasta ve diğer aile üyelerinin olumlu bulduğu en az bir davranışını, bu davranış karşısında kendini nasıl hissettiğini belirtmek için ne söylediğini ve bu söylem karşısında karşı tarafın nasıl tepki verdiğini ‘Olumlu Geribildirim Verme Günlük Çizelgesine’ not alacaklar.

Olumlu Geribildirim Verme Günlük Çizelgesi

Tarih	Kişi	Hoşunuza giden davranışı	Ona ne söyleniniz	O ne tepki verdi

Diğer aile üyelerini de bu alıştırımayı yapmaları için teşvik etmeleri istenir.

5. Seans

Amaç:

1. Sorun çözme tekniklerini,
2. Sorunları çözerken diğer aile üyeleriyle işbirliği içine girmeyi öğretmek

Verilen ödevler üzerine konuşulup önceki seans kısaca tekrarlandıktan sonra yeni konuya başlanır. Hasta yakınlarına ‘sorun’un ne demek olduğunu tanımlamaları ve örnek vermeleri istenerek başlanır. Sorun kişisel ya da ailesel hedeflere ulaşmada karşılaşılan engellerdir. Hasta yakınları günlük yaşam problemleri ya da hastalarının rahatsızlığından ötürü bir çok problem yaşamaktadırlar. Bu sorunları tek başına çözmeye kalkmak bu kişilerde tükenmişlik duygusu ve strese neden olabilir. Bu yüzden kişisel ya da ailesel hedeflere ulaşmaya nelerin engel olduğu diğer aile üyeleriyle tartışılmalı ve sorun olarak düşünülen davranışlar tanımlanmalıdır.

Hasta yakınları hastalarıyla ilgili problem yaşadıklarında ailedeki diğer üyelerinde önerilerini alarak sorunun çözümü için farklı fikirlerde almalıdır. Problem büyükse küçük parçalar haline getirip bu problemi çözmek gerekir. Aile üyeleri önerdikleri her çözüm yolunun avantaj ve dezavantajlarını tartışmalıdır. En avantajlı ve uygulanabilir görülen çözüm yolu ya da yolları seçilmelidir. Çözüm yolu için gerekli kaynaklar temin edilmeli ve aile üyeleri arasında görev dağılımı yapılarak uygulamaya geçilmelidir. Uygulamadan sonra aile üyelerinin sorun çözümüyle ilgili değerlendirme yapması gerekmektedir. Örneğin sorun çözümünde çaba gösteren aile üyelerine teşekkür edilmesi ya da çözüm işe yaramazsa alternatif çözüm yollarının düşünülmesi ve uygulanması gerekmektedir.

Hastayı da ilgilendiren bir sorun da onun da fikrinin alınması ve bu fikirlerin geliştirilip, zenginleştirilerek sorun çözümü için kullanılması onlara apayrı bir çözüm yolu önermekten çok daha yapıcı olur ve hastayı fikir üretme konusunda teşvik eder ve hasta kendini iyi hisseder.

Alıştırma:

Aşağıdaki metinler terapist tarafından okunacak ve bahsedilen sorunların çözümü için hasta yakınları beyin fırtınası yapacak.

‘Yılmaz ailesi eve akrabaları geldiğinde şizofreni hastası oğulları Ahmet’in akrabalarıyla bir araya gelmemesi ve müzik dinlemek için odasına çekilmesinden rahatsızlık duyuyorlar. Ailesi Ahmet’in akrabalarıyla oturup sohbet katılmasını istiyor ve Ahmet’in odada sürekli yalnız kalmasının onun hastalık belirtilerini daha çok arttıracığını düşünüyor. Yılmaz ailesi bu sorununu nasıl çözebilir?’

‘Sibel tüm vaktini şizofreni hastası eşi Cem ile evde geçirmektedir. Cem kalabalık ortamlardan hoşlanmamakta ancak evde yalnız kalmaktan da korkmaktadır. Bu yüzden vaktinin çoğunu evde Cem ile geçiren Sibel çevresinden ve sosyal ortamlardan uzaklaşmış ve bunun sonucu olarak da stres ve tükenmişlik yaşamaya başlamıştır. Sibel bu sorununu çözmek için ne yapabilir?’

‘Zehra evli ve 2 çocuğu var. Eşi şizofreni hastası olduğu için çalışmıyor. Eşinin engelli maaşı ile geçinmeye çalışıyorlar. Kendisi de eşi de çalışmadığı için maddi sıkıntı yaşıyorlar. Eşi hasta olduğu için bütün ailenin yükünü kendisi üstlenmek zorunda kalıyor bu yüzden gelecek kaygısı ve çaresizlik hissi yaşıyor. Zehra bu sorununu çözmek için ne yapabilir?’

Ödev : Hasta yakınları şimdi ya da geçmişte olan bir sorunla ilgili sorun çözme basamakları izlenerek her bir seçeneğin uygulanabilirliğini, kaynakları göz önünde bulundurarak çözüm yollarından birine karar verecek ve sonucu değerlendirecekler.

Örneğin hasta yakınlarının işinin olmaması, yeterli sosyal desteklerinin olmaması, hastanın sağlık sigortasının olmaması gibi durumlar aile içerisinde sorun olabilir.

Sorun Çözme Basamakları

Sorun olarak düşünülen davranışın tam olarak tanımlanması,
 Alternatif çözüm yollarının belirlenmesi,
 Her bir çözüm yolunun avantaj ve dezavantajlarının değerlendirilmesi,
 En avantajlı alternatifin seçilmesi
 Seçilen çözüm yolunun nasıl yerine getirileceğini planlama
 Seçilen çözüm yolunun uygulanması
 Sonuçların değerlendirilmesi

6.Seans

Amaç

- 1.Öfkeyi tariflemek
- 2.Öfke kontrol yöntemlerini hasta yakınlarına öğretmek

Verilen ödevler üzerine konuşulup önceki seans kısaca tekrarlandıktan sonra yeni konuya başlanır. Öfkenin bir duygu mu, davranış mı, düşünce mi olduğu sorularak konuya başlanır. Öfkenin bir duygu olduğu açıklandıktan sonra öfkenin nasıl bir duygu olduğu gruba sorulur. Öfkenin günlük yaşamda haksızlık ve engellenmeler karşısında ve bazı şeyler savunulmak istendiğinde yaşanan normal, sağlıklı ve evrensel bir duygu olduğu açıklanır. Terapist yakın zamanlarda kendini öfkeliendiren bir durumu anlatır (somatik yönünü de dahil ederek). Bir çok şey öfke patlamasına neden olabilir. Örneğin kayıp, utanç, çaresizlik, dikkate alınmamak, güçsüzlük, istediğine sahip olamama gibi.

Kızgınlığımızı hangi sözcüklerle ifade ettiğiniz gruba sorulur. Tepesi atmak, gürlmek, kan beynine sıçramak, deliye dönmek, köpürmek, kafası bozulmak, küplere binmek gibi. Kişilerarası çatışma yaşamak normaldir ancak kişiyi sinirlendiren şeyi onu yapan kişiden ayırması gerekir.

Öfke duygusunun nasıl bir duygu olduğunu tartıştıktan sonra öfkenin somatik yönüne ilişkin farkındalık araştırılır. Üyelere öfkeliendikleri esnada bedenlerinde ne gibi değişiklikler olduğu sorulur. Terapist kendi örneğini hatırlatır. Bu durumda kendilerinin ifade

ettiği öfke semptomlarını hatırlayıp hatırlamadıklarını sorar. Nefes, kas gerginliği, deri gerginliği, başta ağrı, zonklama, kalp atışlarında hızlanma öfkenin somatik göstergeleridir. Aslında bu fizyolojik tepkilerinde çoğunlukla ortak olduğuna dikkat çekilir.

Ancak öfkenin bir duygu olarak pek çok yanıyla ortak olmasına karşın dışavurumda farklılıklar olduğu belirtilir. Kızgın olduğunda insanlar neler yapar? Yakınlarının, tanıdıkları kişilerin tepkilerinden örnekler vermeleri istenir. Örneğin: Babam öfkelendiğinde.....

Öfkenin kontrol altına alınmadığında saldırganlık gibi istenmeyen yaşantılara dönüşebileceği grubunda verdikleri örneklerle açıklanır ve aşağıdaki öfke kontrol yöntemleri ile öfkenin kontrol edilebileceği açıklanır.

1. Düşüncüyü Durdurma Tekniği

Düşüncüyü durdurma tekniği kişiyi öfkeliendiren, istenmeyen düşüncelere odaklanıp o düşünceye 'dur' diyerek istenmeyen düşünceyle başa çıkmaya çalışmaktır. Olumsuz, istenmeyen düşünceler anksiyete ya da depresyona yol açabilir. İyi uyumanızı engelleyebilir, hayattan zevk almanızı ve çalışmanızı zor hale getirebilirler. Bu nedenle düşünce durdurma aynı zamanda anksiyete veya depresyon durumunda da yardımcı olabilir.

Olumsuz düşünceleri kişiyi en çok öfkeliendirenden en az öfkeliendirene doğru sıralanıp kişiyi en az öfkeliendirenden başlayarak düşünce durdurmayı denemeye başlanabilir. İstenmeyen bir düşünce durdurulduğunda onun yerine, olumlu bir düşünce ya da daha sakin hissetmenizi sağlayacak bir imge konur.

2. Dikkati dağıtma tekniği

Kişiyi öfkeliendiren düşünce yerine kişinin dikkatini dağıtacak başka bir düşünce ya da imgeyi düşünmesidir. Örneğin, kişi kendini ailesiyle beraber eğlenirken ya da arkadaşlarıyla dışarı çıkarken düşünebilir, içinden 100'den geriye 7şer 7 şer saymak, sevdiği kişileri düşünmek, yarın ne yapacağını düşünme gibi. Bu olumlu imge ya da düşünce, olumsuz düşüncenin yerine onunla alakalı olumlu bir düşünce koymakla aynı şey değildir.

3. Mola yöntemi

Akla ilk gelen tepki yerine başka tepkiler üretmek gerekir (örn: bağırarak yerine ortamı terketmek). Öfkelenilen kişi ya da durumlardan uzaklaşarak başka şeylerle ilgilenmek ve sakinleşene kadar öfke duyulan kişiyle iletişime geçmemek gerekir. Sakinleştikten sonra olayla ilgili çözüm önerileri üretilip karşıdaki kişinin de iletişim için uygun olduğu bir anda konuyla ilgili konuşup çözüm önerilerini iletmek karşıdaki kişinin de önerileri varsa dinleyip sorunu çözmeye çalışmak.

4. Bunun geçici bir durum olduğunu telkin etmek

‘Bu durum geçecek ve ben öfkeli tepki verirsem yaptığım şeye pişman olacağım. Bu istemediğim bir duygu ve şu anda bunun etkisindeyim. Bununla savaşılabirim...’ gibi içsel konuşmalarla kendi kendini gerçekçi sözlerle telkin etmeye çalışmak.

5. Davranışın uzun ve kısa vadeli sonuçlarını hayal etmek

Kişi, öfkelerini kontrol edemezse kısa vadede; insan hayatını tehlikeye sokan, ilişkilerde çatışmaya neden olan, insanı mutsuz eden ve sıkan, diğer kişileri rahatsız eden, uzun vadede ise; kalıcı psikolojik sorunlar oluşturabilen, insanı yalnızlaştıran iş-eş sorunlarına yol açan, sonu cezaevi, hastalık, ölüm gibi biten olaylara sürükleyebilir. Öfke kontrolsüzlüğünün bu sonuçlara sebep olacağını hayal edip öfkeyi kontrol altında tutmaya çalışılabilir.

‘Şimdi ona bunu söylersem bu ileride karşıma çıkacak, şimdi ona vurursam beni asla affetmeyebilir, derin iyileşmeyen yaralar bırakabilirim. Şimdi bunu yaparsam herkesin gözünde kötü duruma düşerim insanlar beni sevmez. Bunu yaparsam işimi kaybedebilirim...gibi’).

6. Gülmek

Öfkeliyken gülmek beyine mutlu olunduğu mesajını ileticek ve öfke duygusunda bir bozulma yaşatacaktır.

7. Önceden önlem almak

Karşıdaki kişiye konuyla ilgili öfke kontrolü sorununun olduğu başından anlatıp yaşanacak herhangi bir durumda anlayışlı olmasını önceden konuşarak rica

edilebilir.Ancak bu durum kötüye kullanılmamalıdır. Olabildiğince kişide elinden geleni yapmayı, anlayışa karşılık daha az saldırgan ve öfkeli davranışlar göstermeye çalışmalıdır.

Ödev:

Öfke günlüğü

Tarih:
Gerileme yol açan olay:
Duygularım:
Tepkim:
Kendimi Değerlendirme:

8.Seans

Amaç:

1. Uyarıcı işaretler gözlemlendiğinde yapılacakların hatırlatılması
2. Psikoeğitimi değerlendirme
3. Psikoeğitimi sonlandırma

Bir önceki oturumdaki verilen ödevler kontrol edilir, uyarıcı işaretler gözlemlendiğinde yapılacaklar hatırlatılır. Daha sonra bu seansta psikoeğitimin tamamıyla ilgili grup üyelerinin kendilerini ve psikoeğitim programını değerlendirmeleri istenir. İşleyişle ilgili eleştiri ve önerileri varsa dinlenir. Terapistde kısaca grup üyelerini değerlendirir ve grup üyelerinin eğitime devam etme, programa uygun davranma, diğer grup üyeleriyle etkileşim, ödevlerini yapma konularında gözlemlerini aktarır.

EK-12

Tablo: Pilot Çalışmada Hastalardan Alınan Ölçümlere İlişkin Varyans Analizi Tablosu

Varyansın Kaynağı	Bağımlı Değişkenler	Kareler Toplamı/ Ortalama Kare	F	P	Kısmi η^2
Öntest-SontestX Deney-Kontrol	Varsanılar	8,616	2,800	.122	.203
	Hezeyanlar	,404	,132	.724	.012
	Garip davranış	11,901	8,897	.012	.447
	Formal Düşünce Bozukluğu	,997	,213	.653	.019
	Toplam Pozitif Belirti	32,023	1,558	.238	.124
	Aloji	,003	,012	.916	.001
	Anhedoni	,668	,364	.559	.032
	Apati	,297	,109	.747	.010
	Dikkat eksikliği	,527	,451	.516	.039
	Affektif Küntleşme	28,366	2,436	.147	.181
	Toplam Negatif Belirti	76,484	3,432	.091	.238
	Kaygı	22,861	2,036	.181	.156
	Müdahalecilik	30,001	5,805	.035	.345
	Duygusal Tepki	,443	,162	.695	.015
	Hastalığa Karşı Tutum	,668	,292	.600	.026
	Hoşgörü	1,122	,752	.404	.064
	Toplam Duygu Dışavurum	64,309	5,246	.043	.323

EK-13

Tablo: Pilot Çalışmada Hasta Yakınlarından Alınan Ölçümlere İlişkin Varyans Analizi Tablosu

Varyansın Kaynağı	Bağımlı Değişkenler	Kareler Toplamı/ Ortalama Kare	F	P	Kısmi η^2
	Duygu dışavurumu	134,331	9,975	0.009	.476
Öntest-SontestX	Kaygı	0,443	0,014	0.909	.001
Deney-Kontrol	Şizofreni hakkında bilgi	8,975	0,587	0.460	.051

EK-14

Tablo: Asıl çalışmada Hastalardan Alınan Ölçümlere İlişkin Varyans Analizi Tablosu

Varyansın Kaynağı	Bağımlı Değişkenler	Kareler Toplamı/ Ortalama Kare	F	P	Kısmi η^2
	Varsanılar	,549	,366	.551	.016
	Hezeyanlar	5,511	1,524	.229	.062
	Garip davranış	,002	,001	.977	.000
	Formal Düşünce Bozukluğu	,338	,110	.743	.005
Öntest-SontestX	Toplam Pozitif Belirti	10,545	1,294	.267	.053
Deney-Kontrol	Aloji	6,059	1,903	.181	.076
	Anhedoni	1,123	,281	.601	.012
	Apati	4,688	2,610	.120	.102
	Dikkat eksikliği	2,619	2,775	.109	.108
	Affektif Küntleşme	13,299	3,372	.079	.128
	Toplam Negatif Belirti	,312	,020	.889	.001
	Kaygı	1,571	,230	.636	.010
	Müdahalecilik	,001	,000	.984	.000
	Duygusal Tepki	26,886	5,828	.024	.202
	Hastalığa Karşı Tutum	24,125	1,936	.177	.078
	Hoşgörü	13,718	7,462	.012	.245
	Toplam Duygu Dışavurum	189,829	7,587	.011	.248
	Birlik-beraberlik	1,075	,152	.700	.007
	Denetim	,081	,030	.864	.001

EK-15

Tablo: Asıl Çalışmada Hasta Yakınlarından Alınan Ölçümlere İlişkin Varyans Analizi Tablosu

Varyansın Kaynağı	Bağımlı Değişkenler	Kareler Toplamı/ Ortalama Kare	F	P	Kısmi η^2
	Duygu dışavurumu	72,663	13,071	.001	.362
	Kaygı	3,977	,232	.634	.010
Öntest-SontestX	Şizofreni hakkında bilgi	44,902	14,380	.001	.385
Deney-Kontrol	Birlik-beraberlik	12,968	1,692	.206	.069
	Denetim	2,029	,898	.353	.038